

UNIVERSIDAD DE CUENCA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TEMA: EL AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Trabajo de titulación previo a la obtención del título
Psicólogo Clínico.

AUTOR:

JORGE MARIO CORONEL MAURAT

C.I.0103949483

DIRECTORA:

MST. EVA KARINA PEÑA CONTRERAS

C.I. 0103553251

Cuenca-Ecuador

2015

RESUMEN

El presente trabajo denominado Autoconcepto en adolescentes con discapacidad intelectual tuvo como objetivo general el describir el autoconcepto en adolescentes con Funcionamiento Intelectual Límite y Discapacidad Intelectual Leve. Evaluando a los participantes con el instrumento de medición «Cuestionario FORMA AF-5» se trabajó con una muestra de veinte y siete adolescentes con discapacidad intelectual entre leves y limítrofes. Los resultados obtenidos en este trabajo muestran que los puntajes inferiores o negativos en nuestra población con DI son más frecuentes en la dimensión familiar siendo este valor es más recurrente en el sexo femenino, seguido en el área social y posteriormente en lo académico. Los niveles más altos de autoconcepto entre hombres y mujeres se registraron en la dimensión física, seguido por el área emocional.

Palabras clave: Discapacidad Intelectual, Autoconcepto, Adolescencia.

ABSTRACT

The current study denominated Self-Concept in adolescents with intellectual disabilities had as general objective to describe the self-concept in adolescents with mild mental and borderline intelligence. We worked with twenty seven participants and we used the «AF-5 Questionnaire form». All the participants were diagnosed with mild mental and borderline intelligence. The final results described that teenagers with mental disabilities showed lowers or negatives scores, this results are more common in the family area, and this values are more recurrent in women, followed in the social dimension and next on the academic situation. The highest levels of self-concept between males and females are registered in the physical dimension, followed by the emotional area as well.

Keywords: Intellectual Disability, self-concept, Adolescence.

INDICE

Contenido

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INDICE	4
INDICE DE TABLAS.	7
INDICE DE ILUSTRACIONES.	7
CLAUSULA DE DERECHOS DE AUTOR.....	8
CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	9
DEDICATORIA	10
AGRADECIMIENTOS	11
CAPÍTULO I	14
1.1 Hacia una comprensión de la inteligencia y la discapacidad intelectual (DI).	14
1.1.1 Aspectos generales acerca de la inteligencia.	14
1.1.1.1 La inteligencia y su estudio en los últimos siglos.	14
1.1.1.2 Estudio de la inteligencia en la actualidad.	16
1.2 La Discapacidad Intelectual.	17
1.2.1 Breve resumen histórico.....	17
1.2.2 Discusión en torno al término discapacidad intelectual.....	18
1.2.3 La discapacidad intelectual desde la American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).	19
1.2.4 Definiciones acerca de la discapacidad intelectual.	20
1.2.4.1 Categoría actual de Gravedad en la discapacidad intelectual según el DSM –V.	22
1.2.5 Epidemiología.	24
1.2.5.1 Etiología de la discapacidad intelectual.	25
1.2.5.2 Diagnóstico de la discapacidad intelectual.	27
1.2.6 Discapacidad intelectual leve y Funcionamiento intelectual limítrofe.	28
CAPÍTULO II	30
2.1 Aproximaciones hacia el Autoconcepto.	30
2.1.1 Introducción a la consciencia de uno mismo.	30
2.1.2 Reseña histórica.	30
2.1.3 El Autoconcepto en la actualidad.	32
2.1.4 El Autoconcepto y su relación con la adolescencia.	32
2.1.5 Conceptos actuales acerca de la adolescencia.	34

2.2 El instrumento de medición (Cuestionario de Autoconcepto Forma AF5)	36
2.2.1 Justificación para el uso del instrumento Forma (AF5).	36
2.3 Dimensiones del Autoconcepto e incidencia en la discapacidad intelectual.	37
2.3.1 El Autoconcepto académico-laboral.	37
2.3.1.1 Situación laboral y académica en la discapacidad intelectual.	37
2.3.2 El Autoconcepto social.	38
2.3.2.1 Situación histórica social con respecto a la discapacidad intelectual.	38
2.3.2.2 Entorno Social de las personas con discapacidad intelectual en la actualidad.	39
2.3.3 El Autoconcepto Emocional.	40
2.3.3.1 Las emociones y la discapacidad intelectual.	40
2.3.4 El Autoconcepto Familiar.	42
2.3.4.1 El entorno familiar en la discapacidad intelectual.	42
2.3.5 El Autoconcepto Físico.	44
2.3.5.1 Condición física en la discapacidad intelectual.	44
2.4 El Autoconcepto en personas con discapacidad intelectual.	47
2.5 La problemática en el campo de la discapacidad intelectual.	51
CAPITULO III	53
3.1 Metodología.	53
3.1.1 Enfoque y alcance.	53
3.1.2 Población de estudio.	53
3.1.2.1 Método de selección.	53
3.1.2.2 Tamaño y características de la muestra.	53
3.2 Instrumento.	53
3.2.1 Técnica e instrumento de recolección de información.	53
3.2.1.1 Multidimensionalidad del instrumento Forma (AF5).	54
3.2.1.2 Ficha Técnica.	54
3.3 Elaboración.	55
3.3.1 Población para la elaboración del Cuestionario forma AF-5.	55
3.4 Procedimiento.	55
3.4.1 Normas de corrección y baremación.	55
3.4.2 Los centiles.	56
3.4.3 Análisis estadístico.	56
3.5 Resultado.	56
3.5.1 Evaluación del Autoconcepto en varones mediante el AF5.	56
3.5.2 Evaluación del Autoconcepto en mujeres mediante el AF5.	58



3.5.3 Explicación del Autoconcepto por dimensiones.....	59
3.5.4 Interpretación del autoconcepto en sus cinco dimensiones.....	59
3.5.5 Autoconcepto en lo académico en hombres y mujeres.....	60
3.5.6 Autoconcepto en lo emocional en hombres y mujeres.....	60
3.5.7 Autoconcepto en lo social en hombres y mujeres.....	61
3.5.8 Autoconcepto en lo familiar en hombres y mujeres.	61
3.5.9 Autoconcepto en lo físico en hombres y mujeres.	62
DISCUSIÓN.....	63
REFERENCIAS.	67
ANEXOS.....	71

INDICE DE TABLAS.

TABLA 1. NIVELES DE VALORACIÓN DE COCIENTE INTELECTUAL Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	21
TABLA 2. ESTADÍSTICA DE DISCAPACIDAD EN EL ECUADOR.	25
TABLA 3. EL EJERCICIO FÍSICO Y SUS BENEFICIOS.	45
TABLA 4. SINTOMATOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL SEGÚN LA EDAD.....	46
TABLA 5. EVALUACIÓN DEL AUTOCONCEPTO EN VARONES MEDIANTE EL AF5.	57
TABLA 6. AUTOCONCEPTO MUJERES.....	58
TABLA 7. AUTOCONCEPTO EN LO ACADÉMICO EN HOMBRES Y MUJERES.....	60
TABLA 8. AUTOCONCEPTO EN LO EMOCIONAL EN HOMBRES Y MUJERES.	60
TABLA 9. AUTOCONCEPTO EN LO SOCIAL EN HOMBRES Y MUJERES.	61
TABLA 10. AUTOCONCEPTO EN LO FAMILIAR EN HOMBRES Y MUJERES.	61
TABLA 11. AUTOCONCEPTO EN LO FÍSICO EN HOMBRES Y MUJERES.....	62

INDICE DE ILUSTRACIONES.

ILUSTRACIÓN 1. ESQUEMA DEL FUNCIONAMIENTO HUMANO.....	20
ILUSTRACIÓN 2. DESCRIPCIÓN DE AUTOCONCEPTO (NÚMERO DE ESTUDIANTES).	59

CLAUSULA DE DERECHOS DE AUTOR



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Jorge Mario Coronel Maurat, autor de la tesis “El Autoconcepto en Adolescentes con Discapacidad Intelectual”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Psicólogo Clínico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 8 de Diciembre del 2015



Jorge Mario Coronel Maurat.

C.I: 010394948-3



CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Jorge Mario Coronel Maurat autor de la tesis "El Autoconcepto en adolescentes con Discapacidad Intelectual", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 08 de Diciembre de 2015

Jorge Mario Coronel Maurat

C.I: 0103949483

DEDICATORIA

«Tú me dirás que soy un soñador, pero no soy el único, espero que algún día te nos unas y el mundo será uno solo» (John Lennon, 1971).

A mi familia por su apoyo incondicional, a mi padre Corito, a mi madre Magdalena, a mi hermanita Nataly, a mi hermano Pablo por su cariño, gracias a mi esposa Amalia por estar conmigo en cada instante, mil gracias a mis amigos que siempre creyeron en mí, en especial a Ricky, Viviana Crespo, Pedro León, Pedro Jara y Andrea Burbano.

Mi reconocimiento afectuoso a todos y cada uno de mis profesores y un homenaje póstumo al Mst. Edgar León por compartir sus conocimientos. A mis compañeros del grupo de la mañana y la tarde por su ayuda en los momentos difíciles. A nuestras autoridades y personal administrativo de nuestra querida facultad de Psicología en especial a Yadira Brito

Jorge Mario Coronel Maurat.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos infinitamente a Dios por habernos permitido concluir en esta etapa importante de nuestras carreras profesionales y de nuestras vidas.

A las Instituciones educativas de San Roque, Zoila Aurora Palacios, CEBCI, República del Ecuador y principalmente a nuestros participantes por su cariño y valioso aporte quienes nos brindaron su colaboración desinteresada y amable.

A nuestras familias por creer siempre en nosotros y apoyarnos en cada instante de nuestras vidas.

A las autoridades de la facultad de Psicología, personal administrativo y técnico por la oportunidad y apoyo para estar presentes en las aulas de esta prestigiosa Universidad.

A nuestros docentes, por impartir sus conocimientos de manera profesional y ética.

A nuestra directora de tesis Mst. Eva Peña, a la Dra. Catalina Mora por la guía, paciencia y el tiempo invertido en nuestro proyecto de investigación y al Mst. Claudio López por sus valiosas recomendaciones.

A nuestros amigos de la facultad, en especial al Mst. Wilson Sigüenza y Eco. Miriam Galán quienes nos brindaron una ayuda importante al momento de realizar el trabajo de fin de carrera.

INTRODUCCION

El presente tratado fue motivado por nuestra vivencia cercana a la Discapacidad Intelectual (DI), lo cual despertó en nosotros el interés por conocer algunas facetas psicológicas acerca de este grupo de personas desde el punto de vista humano y científico.

El estudio del Autoconcepto en Adolescentes con Discapacidad Intelectual Leve (DIL) y Funcionamiento Intelectual Límite (FIL) surge también por la necesidad de comprender algunos de sus estados psicológicos personales y sociales, dicha necesidad es requerida en especial por padres de familia y/o cuidadores de personas con DI y con ello se abre un camino con la intención de proveer información fundamental, filosófica y científica con el objetivo de conducir a la sociedad en general hacia una mejor comprensión de la DI y finalmente generar cambios para una vida digna en personas con esta particularidad de la inteligencia.

La Discapacidad Intelectual ha sido abordada desde varias perspectivas tales como: el Autoconcepto y Autoestima, Psicopatología y Psicoterapia, Sexualidad y Salud Reproductiva, Inclusión Laboral, Social y Académica, Salud física y Deporte, etc. Alrededor del mundo y en nuestro contexto en particular crece la preocupación social por el bienestar en general de este grupo vulnerable. Describir y explorar el terreno en la DI servirá para llevar a cabo más y diferentes investigaciones para mejorar las condiciones de vida de estos seres humanos. Por tal motivo, el foco de este trabajo se dirige hacia el estudio del autoconcepto en adolescentes con DIL Y FIL.

Esta investigación está dividida en tres capítulos, el primer capítulo hace referencia acerca del estudio de la Inteligencia, la Discapacidad Intelectual, resumen histórico,



Discusión en torno al término Discapacidad Intelectual, definiciones, etiología, diagnóstico, epidemiología y aproximaciones acerca de la Discapacidad Intelectual Leve y Funcionamiento Intelectual Limítrofe.

Un segundo capítulo que aborda temas tales como el autoconcepto, reseña histórica, relación entre autoconcepto y la adolescencia, las áreas del autoconcepto relacionadas con la Discapacidad Intelectual y una opinión personal acerca de la problemática en el campo de la Discapacidad Intelectual.

Un tercer capítulo que muestra la metodología empleada, el instrumento de medición AF-5, el proceso de evaluación, tabulación y discusión en torno al estudio del Autoconcepto en la DI.

Finalmente las tablas y gráficos concernientes a esta investigación y los anexos respectivos.

CAPÍTULO I

1.1 Hacia una comprensión de la inteligencia y la discapacidad intelectual (DI).

1.1.1 Aspectos generales acerca de la inteligencia.

Uno de los temas centrales de estudio de la psicología y las neurociencias, ha sido la inteligencia, causando múltiples controversias. Algunos investigadores han proporcionado sólidos conceptos para el abordaje en este campo.

En muchas sociedades, una de las palabras más agradables que se le puede decir a una persona es ¡Que listo eres!, en esas mismas sociedades, una de las expresiones más insultantes que se le puede decir es ¡Eres un estúpido! La inteligencia influye en nuestro éxito en la escuela, el tipo de trabajo que realizamos, los tipos de recreación que disfrutamos e incluso en nuestra elección de amigos. Por mucho tiempo profesionales de la salud mental han estudiado y argumentado acerca de la inteligencia en general y si la noción de inteligencia tiene alguna validez, además, se discute si la inteligencia es una habilidad particular o general, o si constituye una o varias habilidades aptitudinales o actitudinales (Morris & Maisto, 2009).

1.1.1.1 La inteligencia y su estudio en los últimos siglos.

Preponderantemente en América y Europa se ha extendido el imaginario de la «persona inteligente», por lo cual las facetas concretas de este ideal varían según la época y el contexto, este constructo de inteligencia está muy arraigado en occidente, de tal manera que estudiosos de la psicología han invadido el sacrosanto lugar que ocupa la investigación acerca de la inteligencia, proponiendo nuevas maneras de medirla «sí es que se puede medir», anexando los valores morales con

las que debe recurrir la formación del intelecto humano (Gardner, 1999), este mismo autor en el año 1998 comentó que desde el punto de vista tradicional, la inteligencia se define como la habilidad para responder a las cuestiones de un test de inteligencia que compara las puntuaciones con base en técnicas estadísticas, las cuales determinan respuestas dependiendo de la edad o sexo del individuo, y de esta manera se asume que la inteligencia es un atributo innato en las personas. Además el mismo (Gardner, 1998) describe con su teoría de las inteligencias múltiples los siguientes tipos: Inteligencia musical, inteligencia cinética-corporal, inteligencia-matemática, inteligencia lingüística, inteligencia espacial, inteligencia interpersonal, inteligencia intrapersonal como capacidades universales del ser humano, sin embargo, esta particularidad innata se asociaría a factores culturales.

Aunque Gardner afirma que la inteligencia es algo innato, para Piaget (citado por Tamayo, 2012) la inteligencia y el pensamiento lógico de los niños se forja de manera progresiva, a este constructo de inteligencia Piaget lo llama epistemología genética como «una adaptación del organismo al medio», explicando el transcurrir desde la fase inicial del recién nacido donde predominan los mecanismos reflejos, hasta la fase adulta caracterizada por la abstracción consciente y reflexiva, entonces para Piaget la inteligencia no viene dada como un atributo natural, sino como un complejo proceso cognitivo con una base orgánica, pero que es resultado de las relaciones que establece el sujeto en el contacto con el mundo, la sociedad o cultura, en breves palabras la inteligencia es el «equilibrio que se produce entre el organismo y el medio», entonces los conocimientos proceden de construcciones mentales que va dando lugar a niveles sucesivos de menor a mayor complejidad.

La inteligencia como tal es un proceso adaptativo que es verificado por una persona entre su ámbito y él mismo «readaptación», por lo mencionado, no solamente se estudia a la inteligencia desde el punto de vista biocultural sino también desde la perspectiva del autogobierno y adaptabilidad, por lo cual Sternberg (citado por De Zubiría, 2006) realiza su aproximación de inteligencia como un autogobierno mental, es decir, la inteligencia organizaría nuestras relaciones con los demás y con nosotros mismos; y como resultado el ser humano es inteligente planifica, controla, toma decisiones, precisa los problemas, ejecuta, selecciona, combina, compara y responde.

Así también Feuerstein (citado por Velarde, 2008) hace mención el término «autoplasticidad» para hacer referencia a la inteligencia, la cual sería la capacidad y/o probabilidad de que una persona se adapte a los cambios rápidos y sustanciales del mundo y enfrentar los retos que ello implica.

1.1.1.2 Estudio de la inteligencia en la actualidad.

Los investigadores citados abren un camino hacia una definición más actual acerca de la inteligencia. La propia conceptualización de inteligencia como capacidad general exige resolver problemas, usar el lenguaje, crear modelos mentales, controlar los movimientos del cuerpo, relacionarse con los demás, percibir la afectividad de los otros, autopercebirse, tener «*conciencia de uno mismo*» y de las propias acciones, entender, adaptarse al entorno, incorporarse a situaciones nuevas y aprender a sacar provecho de la propia experiencia. Se puede establecer un paralelismo entre concepción multidimensional de la capacidad y la multidimensionalidad de la inteligencia (Olmos, 2009), entonces a las habilidades mencionadas se unen destrezas tales como resolver problemas, tomar buenas

decisiones, mostrar sentido común, objetividad, planificación, valorar y medir los propios actos, competencia social, pensar lo que se dice y se hace, ser curioso, cuidarse de los prejuicios, ser justo, evaluar la información, ser empático, ser franco y mostrar interés sobre el ambiente (Morris & Maisto, 2009).

Según Haier (2008), explica que hace diez años se le daba gran importancia al tamaño del cerebro y no se sabía con exactitud si se podía estudiar la inteligencia a nivel científico, este catedrático de la Universidad de Nuevo México, establece que ¡sí se puede estudiar la inteligencia! a través de la ciencia, comenta también que los test para medir la inteligencia están disponibles desde aproximadamente 100 años atrás, sin embargo estas herramientas de medición causaban controversia de que si la inteligencia es o no medible, además explica que hoy en día los estudios acerca de la inteligencia están siendo respaldados por la neuroimagen, ya que gracias a ello se puede observar estructuras internas y también se puede relacionar los test de inteligencia con los resultados que proporciona la tecnología aplicada a las neurociencias por lo tanto, la inteligencia establece diferencias entre las personas en lo bien que aprenden, memorizan y razonan, es decir, que existen diferencias en estos ámbitos y que en personas con retraso mental se sigue intentando conocer y entender los procesos cognitivos a nivel cerebral para su tratamiento (Haier, 2008).

1.2 La Discapacidad Intelectual.

1.2.1 Breve resumen histórico.

Artigas & Narbona (2011) realiza un recorrido histórico remontándose a la antigüedad y ubican a este síndrome desde el año 1500 AC en Egipto, también en la antigua Grecia donde los infanticidios eran comunes y un grupo de sabios eran designados para revisar a los neonatos de esa manera, determinaban cualquier

malformación o defecto por lo cual, solamente los más sanos y aptos tenían derecho a la vida, también en la época del Imperio Romano, los individuos con discapacidad intelectual eran designados como esclavos o sirvientes. Incluso se hace mención que en la actualidad hay muchos términos peyorativos hacia este grupo vulnerable.

1.2.2 Discusión en torno al término discapacidad intelectual.

Mitra (citada por Olmos, 2009) expresa que la palabra discapacidad es un término muy controvertido y complejo, por ello usa dos modelos básicos para una definición de discapacidad intelectual:

- a) El modelo médico que consiste en observar a esta característica desde el punto de vista biológico, causada por una enfermedad u otro problema de salud.
- b) El modelo social que por el contrario yace desde la perspectiva social, para la cual la discapacidad no es una particularidad personal, sino una cuestión de derechos humanos o política.

Acerca de la noción conceptual de discapacidad intelectual Córdoba, L. Restrepo, A. Tamayo, J. Peña, M & M, Verdugo (2010) han observado que debido a la falta de consenso y claridad al determinar la gnoseología del término discapacidad intelectual, se ha visto interrumpido el avance e interés acerca de los estados psicológicos, emocionales y de salud mental en la discapacidad intelectual.

Para Artigas & Narbona (2011) el uso del término retraso mental está contemplado como una peculiaridad personal, un constructo teórico, una manifestación de síntomas, un valor psicométrico o un encasillamiento social, además la noción de discapacidad intelectual se basa en la medición del cociente de la inteligencia, igual o inferior al puntaje de 70, si bien es cierto esta idea no es

falsa, es solo un fragmento que determina el retraso mental, por eso es necesario constatar la cultura del individuo, las características en su conducta adaptativa, y las expectativas en su entorno.

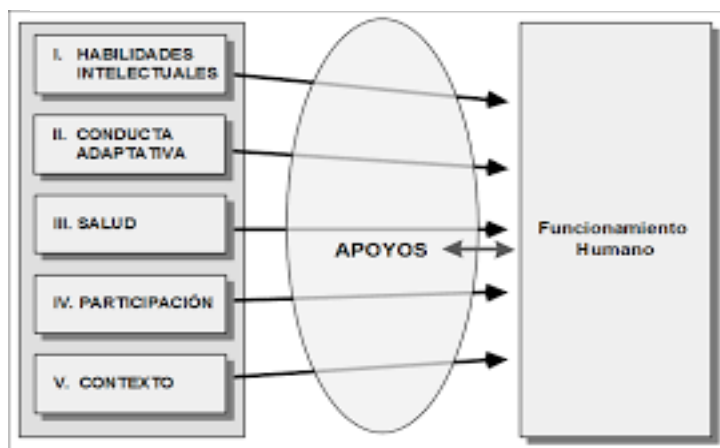
Verdugo & Shalock (2010) manifiestan que la terminología «Retraso Mental» ya no es usado en la actualidad, por lo tanto, ha sido cambiado por discapacidad intelectual, una denominación más utilizada a nivel científico y social. También menciona que el nombre actual de discapacidad intelectual ha venido modificándose, en un comienzo se la llamaba deficiencia mental (1908-1958), y luego se acuñó el término retraso mental (1959-2009). En España en los años 60 y 90 se usaba los nombres subnormalidad o a veces minusvalía mental, hoy en día se usa el título de discapacidad intelectual, ya que se encamina mejor en las prácticas profesionales centradas en conductas adaptativas, con lo cual nos da una base para promocionar apoyos individuales, resulta menos ofensivo, y es más consistente para la ciencia y la investigación, nos permite comprender la discapacidad desde elementos tales como el autoestima, bienestar subjetivo, contingentes sociales y políticos.

1.2.3 La discapacidad intelectual desde la American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).

Desde la perspectiva de Verdugo & Shalock (2010, pág. 12), colaboradores de la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD), quienes proporcionan una definición operativa acerca de esta particularidad de la inteligencia, manifiestan que «La discapacidad intelectual se caracteriza por restricciones significativas tanto en lo intelectual, como en la adaptación, como también en las habilidades sociales y prácticas, las cuales inician antes de los 18

años de edad». A continuación presentamos la figura del funcionamiento humano propuesta por la AAIDD (citado por Artigas y Narbona, 2011, pág. 86).

Ilustración1. Esquema del funcionamiento humano.



Fuente: base de datos. Esquema del Funcionamiento Humano

Elaborado por la AAIDD (citado por Artigas y Narbona, 2011, pág. 86).

A continuación presentamos una breve descripción de los ejes de la figura 1.

- I) Las habilidades intelectuales que conciernen a la escolaridad.
- II) La conducta adaptativa que se refiere al comportamiento social y destrezas prácticas para la resolución de problemas.
- III) La salud en las esferas: Física, mental y etiológica.
- IV) La participación en interacciones y roles sociales.
- V) El contexto social hace referencia al ambiente, cultura y oportunidades.

1.2.4 Definiciones acerca de la discapacidad intelectual.

Por fines prácticos en esta investigación se ha visto la necesidad de revisar los Manuales Estadísticos de los Trastornos Mentales DSM-IV y DSM-V. El primer

manual mencionado DSM- IV se presentará ya que muestra los niveles de discapacidad intelectual basados en la escala de inteligencia de Wechsler.

Tabla 1. Niveles de valoración de cociente intelectual y discapacidad intelectual.

<u>NIVEL DE DISCAPACIDAD</u>	<u>PUNTAJE DE CI (WECHSLER)</u>
<u>SEGÚN EL DSM-IV</u>	
NIVEL LEVE	50 – 55 a 70 de CI
NIVEL MODERADO	35 – 40 a 50 – 55 de CI
NIVEL GRAVE	20 – 25 a 30 – 35 de CI
NIVEL PROFUNDO	(< 20-25 de CI).

Fuente: (DSM-IV, 2005, pág. 46).

En el manual estadístico de los trastornos mentales quinta edición DSM-V (2014, pág.17-19), la discapacidad intelectual toma el nombre de trastorno del desarrollo intelectual que comienza durante el periodo de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico, se deben cumplir los criterios siguientes:

- Deficiencias de las funciones intelectuales, como razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.
- Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socio-culturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.
- Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el periodo de desarrollo.

Nota: El término diagnóstico discapacidad intelectual es equivalente al diagnóstico CIE-11 trastornos del desarrollo intelectual. Aunque a lo largo del manual se utiliza el término discapacidad intelectual, en el título se usan ambos términos para facilitar la relación con otros sistemas de clasificación. Además, una cláusula federal de los Estados Unidos (Public Law 111-256, Rosa's Law) sustituye el término de retraso mental por el de discapacidad intelectual, y las revistas de investigación utilizan el término discapacidad intelectual; así pues, discapacidad intelectual es el término de uso habitual en la profesión médica, educativa y otras, así como la legislación pública y grupos de influencia (DSM-V, 2014, pág.17-19).

1.2.4.1 Categoría actual de Gravedad en la discapacidad intelectual según el DSM –V.

Nivel de discapacidad intelectual DSM-V (2014, pág. 17-19) a continuación:

- a) Leve.
- b) Moderado.
- c) Grave.
- d) Profundo.

Nota: El DSM-V no hace referencia acerca del funcionamiento intelectual Límite (FIL) dentro de la discapacidad intelectual, sino que la nombra en el apartado (Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica).

En el DSM-V se evidencia cuatro escalas de gravedad de la discapacidad intelectual, por lo cual se mostrará la perteneciente a la escala de gravedad (Leve).

Escala de gravedad leve:

A. Dominio conceptual:

En niños de edad preescolar, puede no haber diferencias conceptuales manifiestas. En niños de edad escolar y en adultos existen dificultades en el aprendizaje de aptitudes académicas relativas a la escritura, la aritmética, el tiempo o el dinero, y se necesita ayuda en uno o más campos para cumplir las expectativas relacionada con la edad. En adultos existe alteración del pensamiento abstracto, la función ejecutiva (es decir: planificación, definición de estrategias, determinación de prioridades y flexibilidad cognitiva) y de la memoria a corto plazo, así como el uso funcional de las aptitudes académicas (p.ej., leer, manejar el dinero). Existe un enfoque algo concreto a los problemas y soluciones en comparación con los grupos de la misma edad.

B. Dominio social:

En comparación con los grupos de edad de desarrollo similar, el individuo es inmaduro en cuanto a las relaciones sociales. Por ejemplo, puede haber dificultad para percibir de forma precisa las señales sociales de sus iguales. La comunicación, la conversación y el lenguaje son más concretos o inmaduros de lo esperado por la edad. Puede haber dificultades de regulación de la emoción y el comportamiento de forma apropiada a la edad; estas dificultades son apreciadas por sus iguales en situaciones sociales, existe una comprensión limitada del riesgo en situaciones sociales; el juicio social es inmaduro para la edad y el individuo corre el riesgo de ser manipulado por los otros (ingenuidad).

C. Dominio práctico:

El individuo puede funcionar de forma apropiada a la edad en el cuidado personal. Los individuos necesitan cierta ayuda con tareas de la vida

cotidiana complejas en comparación con sus iguales. En la vida adulta, la ayuda implica típicamente la compra, el transporte, la organización doméstica y del cuidado de los hijos, la preparación de los alimentos y gestión bancaria y del dinero. Las habilidades recreativas son similares a las de los grupos de la misma edad, aunque el juicio relacionado con el bienestar y la organización del ocio necesita ayuda. En la vida adulta, con frecuencia se observa competitividad en trabajos que no destacan en habilidades conceptuales. Los individuos generalmente necesitan ayuda para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud y aspectos legales, y para aprender a realizar de manera competente una vocación requiere habilidad; se necesita típicamente ayuda para criar una familia (DSM –V, 2013, p. 17-19).

1.2.5 Epidemiología.

Antes de los cinco años de edad un diagnóstico de discapacidad intelectual no es fiable, debido a que en esta edad no hay resultados contundentes, por lo cual, a esta temprana etapa de la vida se la denomina «Retraso Global del desarrollo» cuando hay presunción de déficit. Se evidencia que el 1 % de la población infantil posee discapacidad intelectual, entonces, estas cifras causan controversia, ya que dependerá del país donde se realice la investigación, sin embargo, se muestran niveles más altos en porcentaje en países subdesarrollados, debido a condiciones alimentarias precarias, falta de servicio sanitario o elevada tasa de consanguinidad de los progenitores (Artigas & Narbona, 2011).

En Ecuador el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas (CONADIS) presentaron datos estadísticos en el año 2013 con respecto a la discapacidad en general, los cuales se grafican en la siguiente tabla:

Tabla 2. Estadística de discapacidad en el Ecuador.

Tipo de discapacidad	cantidad	Porcentaje
Física	175 444	48.53%
Sensorial	90 443	25.02%
Intelectual	81 450	22.53%
Psicológica	14 150	3.91%
Total	361 487	100%

Fuente: *Guía Sobre Discapacidades* (citado por Ministerio de relaciones laborales & CONADIS, 2013).

La discapacidad intelectual está tipificada en el marco jurídico ecuatoriano, su definición proviene desde la perspectiva de la American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD, 2010) sin embargo, hace hincapié en una enunciación general de discapacidad. Por ello la Ley Orgánica de Discapacidades del Ecuador (2012), establece que: “la persona con discapacidad se considera a toda aquella que como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida su capacidad biológica psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria en la proporción que establezca el Reglamento”.

El Instituto de Estadísticas y Censos INEC (citado por MIES, 2013) arrojan datos del último censo realizado en el 2010 y determina que en el Ecuador hay un total de 14. 483, 499 habitantes, de los cuales 5.64% tienen algún tipo de discapacidad.

1.2.5.1 Etiología de la discapacidad intelectual.

Para Verdugo & Shalock (2010) los motivos de discapacidad intelectual proceden de tres factores fundamentales:

Factores característicos; prenatales, perinatales y postnatales:

- a. Factor prenatal.- Este modelo parte de un modelo biomédico que describe alteraciones cromosómicas, metabólicas, virus (VIH, Rubeola, Herpes), exposición a sustancias tóxicas o teratógenos (alcohol, plomo, mercurio) y desnutrición (falta de iodina materna). La pobreza, la violencia doméstica y la ausencia de controles prenatales son componentes de riesgo desde el punto de vista social para la aparición de la discapacidad intelectual. El elemento conductual yace en el uso de drogas por parte de los padres e inmadurez parental, padres con discapacidad sin apoyos y falta de oportunidades escolares.
- b. Factor perinatal.- Desde el modelo biomédico se evidencia daño cerebral, hipoxia, incompatibilidad del factor Rhesus (rh). Dentro del factor social observamos la carencia de cuidados en el nacimiento. Desde lo conductual tenemos rechazo parental de atención, y a partir de lo educativo sería la falta de derivación hacia otros profesionales tras él alta.
- c. Factor postnatal.- A partir de la biomedicina se estima el daño cerebral traumático, desnutrición, trastornos degenerativos/epilepsia, y toxinas. Desde el modelo social la falta de estimulación temprana, indigencia, enfermedades crónicas y derivación a instituciones como orfanatos. El componente conductual abarca el abuso infantil, abandono y violencia familiar. Con respecto a la realidad educativa tenemos el diagnóstico tardío, inadecuada intervención y apoyos deficientes (Verdugo & Shalock, 2010).

Haciendo un contraste con la información anterior Artigas & Narbona (2011) nos muestran otra descripción más orientada hacia la biomedicina:

- a) Factores prenatales: Alteraciones cromosómicas (p. eje, síndrome de Down), mutaciones monogénicas (p. eje, síndrome X frágil), retraso mental familiar, errores congénitos del metabolismo (p. eje, fenilcetonuria), enfermedades degenerativas (p. eje, adrenoleucodistrofia), malformaciones de causa desconocida del sistema nervioso central, (p. eje, mielomeningocele), síndromes polimalformativos (p. eje, Síndrome de Cornelia de Lange), problemas gestacionales, infecciones (p. ej., toxoplasmosis), fetopatías tóxicas (p. eje, Síndrome alcohólico fetal), problemas placentarios (p. eje, prematuridad), malnutrición.
- b) Factores perinatales: Infecciones neonatales (p. eje meningitis neonatal), problemas relacionados con el parto, encefalopatía, hipóxica, hemorragia cerebral, hiperbilirrubinemia, epilepsia neonatal, alteraciones neonatales (p. eje, hipoglucemia grave).
- c) Factores Posnatales: Enfermedades neurológicas, enfermedades del sistema nervioso central (p. eje, encefalitis herpética), tumores del sistema nervioso central, traumatismos craneales, accidentes cerebro vasculares, desnutrición, epilepsias graves (Artigas & Narbona, 2011).

1.2.5.2 Diagnóstico de la discapacidad intelectual.

Mientras mayor es la gravedad y más avanzada la edad de una persona es más fácil el diagnóstico de discapacidad intelectual, por lo tanto, existe menos fiabilidad cuando la edad es menor y el daño cerebral es más leve. Si se puede detectar lo más tempranamente posible será más favorable para su tratamiento. Para el diagnóstico de discapacidad intelectual existen una variedad de pruebas psicométricas las cuales para su aplicación y nivel de complejidad dependerá de la edad del individuo, por ejemplo el WISC- IV (Weshler) se aplica desde los seis a

dieciséis años de edad o el Test de Stanford- Binet que se emplea desde los dos a los ochenta y cinco años de edad (Artigas & Narbona, 2011).

1.2.6 Discapacidad intelectual leve y Funcionamiento intelectual limítrofe.

Dentro de la Discapacidad Intelectual se describirá a dos tipos de estos trastornos del neurodesarrollo:

1. Discapacidad intelectual leve (DIL).
2. Inteligencia Limítrofe o Borderline Intelligence (FIL).

1.2.6.1 Discapacidad Intelectual Leve (DIL).

La Discapacidad Intelectual Leve que según el test de Wechsler comprende entre los puntajes de coeficiente intelectual (CI: 50-55 a 70) está alrededor del 85% de personas con Discapacidad Intelectual. Quienes tienen DIL pueden ganar habilidades sociales y comunicativas, además esta peculiaridad de discapacidad suele identificarse luego de los cinco primeros años de edad del individuo, sin embargo requieren supervisión en áreas más complicadas y necesitan entrenamiento para lograr una vida autónoma, útil y agradable (Artigas& Narbona, 2011).

1.2.6.2 Funcionamiento Intelectual Límite (FIL) - Inteligencia Limítrofe o Borderline Intelligence.

El FIL es más que una condición de salud que solicita atención social/sanitaria, educativa y jurídica específica, se caracteriza por limitaciones intelectuales diversas que se vinculan a un (CI) entre los puntajes (71-85) que evidencian carencias en el diario vivir de la persona, tanto en el desarrollo de sus actividades personales y sociales (Carulla, Ruiz & Nadal, 2011).

Cabe añadir la pregunta ¿Qué se sabe acerca de las personas con Inteligencia Límite?, según Frontera & Gómez (2013), quienes tienen el diagnóstico de (FIL) presentan a menudo dificultades en el ámbito de la salud, escolaridad, habilidades sociales y laborales, que hacen necesarios apoyos intermitentes durante toda su vida.

Por otra parte ASOCIACIÓN EN LÍNEA (2013) describe las características generales de la población con inteligencia límite, las cuales son: no poseer rasgos físicos aparentes que denote su discapacidad, además existe un desajuste entre edad mental y cronológica, carecen de iniciativa y razonamiento para desenvolverse en la vida cotidiana, no tienen autonomía, poseen poca destreza para tomar decisiones y resolver problemas, dificultad en la adaptación a eventos nuevos, conflictos académicos, inconvenientes al relacionarse con otras personas, complicaciones en la organización de su tiempo libre, baja autoestima y frustración frente a fracasos.

En la guía de consulta de los criterios diagnóstico del DSM-V (2014, pág. 416) indican lo siguiente:

«El Funcionamiento Intelectual Límite (FIL), muestra a esta categoría la cual se puede utilizar cuando la capacidad intelectual es el objeto de atención clínica o bien tiene un impacto sobre su tratamiento o pronóstico. La distinción entre FIL Y DIL requiere de una evaluación cuidadosa de las funciones intelectual y adaptativa; y de sus discrepancias, en especial cuando existe trastornos mentales concomitantes que puedan afectar a la capacidad del individuo para seguir procedimientos de prueba estandarizadas (p. ej., esquizofrenia o trastornos por déficit de atención con hiperactividad e impulsividad grave».

CAPÍTULO II

2.1 Aproximaciones hacia el Autoconcepto.

2.1.1 Introducción a la consciencia de uno mismo.

Los psicólogos en la actualidad usan el término inglés «Self» para denominar a los hechos y a la consciencia reflexiva. El concepto que tenemos acerca de nosotros mismos es un cúmulo de elementos, sin embargo, gran parte de este autoconcepto se relacionaría con la cultura, al instante histórico y al entorno social en el que se vive (Seoane, 2005).

2.1.2 Reseña histórica.

Green (1997) relata que el estudio del «Self» o el sí mismo aparecen de manera científica con William James a finales del siglo XIX, Green comenta que este psicólogo y filósofo en su obra «Principios de la Psicología», hace una aproximación a lo que hoy en día conocemos como autoconcepto al distinguir al self en las siguientes instancias: a) El self material, b) El self social, c) El self espiritual y d) El ego puro.

- a) En su legado este precursor de la Psicología reconoce al self material y explica que todos tenemos un instinto a cuidar nuestro cuerpo y a velar por él, así toma en cuenta a la ropa y ornamentos como parte esencial de nuestro self, y que estaría compuesto por las riquezas, bienes y nuestro trabajo, además hace mención a la familia como parte fundamental de nosotros mismos, «una extensión de nuestro self» por lo que afirma que si alguien de estos fallece, una parte de nosotros mismos también se va con ellos.

- b) El self social sería un conjunto de reconocimientos por parte de los demás, incluyendo a la familia, amigos, pareja, etc. Concretamente el self social se relaciona con el amor, la desdicha, las emociones, la fama de una persona, lo bueno o lo malo, su honra o deshonor por lo cual estos serían nombres que etiquetan a su ser.
- c) Por el Self Espiritual se refiere a ese ser interno o subjetivo de un individuo, sus facultades psíquicas y emocionales, una manera abstracta de la conciencia personal.
- d) Podemos añadir al ego puro y al ego ideal como aquel sentimiento de identidad de la persona. Por su carácter reflexivo, el sí mismo, es una estructura consciente, conformada por aspectos de la sociedad y propios en constante interacción. El pasado y el futuro de un ser humano se someten a crítica y comprobación, esto es la autoconciencia de la cual nos ha dotado la sociedad donde estamos inmersos, por ello podemos autocriticarnos y apropiarnos de valores.

Por otra parte Mead (citada por Green, 1997) argumenta que la autoconciencia implica que un individuo es capaz de objetivarse, se evalúa de manera reflexiva y tiene la capacidad de ser el propio objetivo de conocimiento; sabe que los otros lo evalúan y el hace lo mismo con los demás.

Años más tarde Shavelson (citado por Tiscar, 2011) escribe que «el autoconcepto es la percepción de sí mismo compuesta por siete ejes: multidimensional, jerárquico, estable, evolutivo, descriptivo, evaluativo y diferenciable de otros constructos».

2.1.3 El Autoconcepto en la actualidad.

El estudio acerca del «*sí mismo*» y sus facetas se ha acoplado a las nuevas expectativas científicas / sociales y va más allá de la teoría de James y de Mead, entonces ello implicaría una serie de nuevas concepciones con bases científicas, experimentales, y el desarrollo de herramientas para su medición, dando un valor preponderante a este constructo filosófico y científico, por lo cual, Ayerra (2013) define al autoconcepto como un conjunto de conocimientos desde las esferas (física, emocional, social y académica) que un individuo posee de sí mismo gracias a sus experiencias personales relacionadas con su contexto, la cual es una variable importante de la personalidad.

2.1.4 El Autoconcepto y su relación con la adolescencia.

Stevens (citado por García & Musitu, 2001) manifiesta que en las últimas décadas se ha venido dando importancia al autoconcepto en el bienestar psicosocial desde diferentes espacios de la Psicología, también la psicología cognitiva Brakken 1996; Frías, Mestre, y Del Barrio, 1990 (citados por García & Musitu, 2001) han aportado al conceder al autoconcepto un lugar central en el amplio espectro de los procesos psicosociales.

Madrigales (2012) por su parte nos dirá que el autoconcepto podría ser un aspecto trascendental en la vida de una persona como característica personal, ya que con esto se reconoce y se define a sí mismo como ser activo de la sociedad que se está moldeando constantemente y que también es un cúmulo de conceptos donde se involucra la apariencia física, la inteligencia las cuales son valoradas mediante la interacción con los demás.

Sabeh (2002) resalta que el estudio del autoconcepto es motivo de interés para profesionales de la salud mental, sociólogos y docentes. Esto es ¿cómo se ven?, ¿cómo está su autoimagen?, ¿cuáles son sus actitudes, conducta y el valor con el que lo determinan?, estos constituyen factores hegemónicos en la adaptación al medio. Oñarte (Citado por Sabeh, 2002) manifiesta que el autoconcepto es forjado desde la infancia gracias a los modelos paternos, experiencias escolares, y que estas influencias son asimiladas y perdurables. Por lo expuesto anteriormente este mismo autor explica que el autoconcepto se va elaborando desde la niñez, entonces atravesará por la etapa de la pubescencia. Así también si para Madrigales (2012) el «ser activo de una sociedad se moldea constantemente», por lo que es trascendental hacer un breve recorrido por aquel cambio incesante llamado «La Adolescencia», por lo cual, es pertinente mencionar a Rosseau (citado por Saavedra, 2004) quien describe a la adolescencia desde su enfoque biogenético como un nuevo nacimiento, una metamorfosis para entrar al sentido social, a las emociones y a la conciencia moral. Concibe por primera vez un concepto moderno de la adolescencia como una etapa de cambios críticos, un periodo de desorden antes de un nuevo orden.

Así también Hall (citado por Saavedra, 2004) explica el enfoque biogenético siguiendo las ideas de Rousseau, y elabora una teoría psicológica de la «recapitulación» en la cual manifiesta que la experiencia de una persona se une a la genética, entonces según Hall (citado por Saavedra, 2004) en cada fase del desarrollo biológico se repiten las etapas de evolución humana, las cuales son:

- a) Etapa animal (0 a 4 años) esto es cuando nace el gateo y se desarrolla lo sensorial de autoprotección intuitiva en la infancia.

b) Etapa cultural (4 a 8 años) se refiere al hombre con características de cazador-recolector, esto explica el juego al escondite, los vaqueros e indios, la construcción de chozas y lo cual sucede en la niñez.

c) Etapa preadolescente (8 a 12 años) donde se desarrolla una vida comparada al salvajismo con predisposición para la ejercitación y la disciplina, esta etapa se enmarca en la juventud.

d) Etapa de Tormenta e Ímpetu (12-22/25 años), aquí yace la turbulencia, la contradicción esto va motivado por la sexualidad, es un segundo nacimiento donde aparecen rasgos más evolucionados; se presenta la energía, la exaltación, lo sobrehumano y en contrapunto la indiferencia, el desgano, el egoísmo, la vanidad y el altruismo, todo esto resume a la adolescencia; en esta etapa el desarrollo intelectual, social y emocional se lo experimenta en un continuo de estrés y aflicción.

2.1.5 Conceptos actuales acerca de la adolescencia.

Casas (2010) argumenta que no son pocas las personas que ven al adolescente como alguien irritable, seres majaderos y estúpidos, parecería que sufren una enfermedad, mas no que atraviesan una etapa de cambio, se dice incluso «ya se le ha de pasar». La adolescencia se definiría como una etapa comprendida entre los 10 y 19 años de edad, donde ocurren cambios físicos de manera acelerada, la sexualidad, lo psicológico, el comportamiento y socialización evolucionan en un proceso continuo, donde van construyendo su vida junto a su familia y la sociedad. Por su parte Alejandrina (2008) define a la adolescencia como una construcción social que ocurre en una etapa de la vida y esta se vive en ambigüedad. Es el paso del umbral de una niñez que ya no es suya, a una adultez forastera donde las

modificaciones físicas se sienten como una revuelta de cambios importantes en la vida del adolescente, así también para (Orcasita & Uribe, 2010) la adolescencia es una época en la que los jóvenes por primera vez en su vida enfrentan responsabilidades y toman de decisiones, lo que conllevará a situaciones en pro y en contra de su salud y la de sus allegados. La transición de la cual se habla en la adolescencia se origina por los cambios físicos, psicológicos y conductuales, los que interactúan de manera específica con la familia y la sociedad para marcar el éxito o fracaso en las tareas de desempeño propias de su edad. Además Jiménez, et al. (Citados por Orcasita & Uribe, 2010) explican que dentro de las interacciones surgen manifestaciones tales como rebeldía frente a la autoridad, se exponen a situaciones de riesgo como los actos sexuales, consumo de drogas, trastornos alimentarios, hechos delictivos e intentos de suicidio. Sin embargo la adolescencia a sí mismo como transición compleja de la existencia en la infancia se ve superada a un ritmo desenfrenado, esto implica dejar de ser pequeñas criaturas para convertirse en muchachos de largas piernas y brazos, su sexualidad avanza, se desarrolla la capacidad de razonar de manera más abstracta, explora los conceptos del bien y del mal, disciernen hipótesis y meditan sobre su futuro, por ende adoptan nuevas responsabilidades, forjan nuevas formas de hacer las cosas, reclaman con impaciencia su independencia, se cuestionan a sí mismos y a los demás, observan las complejidades y facetas de la vida, se vuelven jueces y valoran los conocimientos, cuestionan la justicia, suponen los beneficios inmediatos y a largo plazo de sus vidas mediante la experiencia. En este periodo se establece independencia emocional y psicológica, aprenden a vivir su sexualidad y consideran su rol en la sociedad del futuro, esto viene de manera gradual aunque a veces sea perturbador (Jiménez, et al. Citados por Orcasita & Uribe, 2010).

Como característica emocional un joven puede estar triste en cierto momento y un poco después eufórico, a su vez luchan con el peso de sus cambios físicos, sentimentales y el mundo exterior, lo cual no lo controlan del todo y a veces por los cambios sociales se ven obligados a asumir roles de adultos prematuramente (UNICEF, 2002, pág. 4).

Luego de haber descrito aproximaciones acerca del autoconcepto y la adolescencia, por fines prácticos haremos una breve descripción del instrumento de medición de esta investigación, su importancia, la justificación para su uso y una ampliación teórica acerca de las dimensiones del instrumento asociadas a la DI.

2.2 El instrumento de medición (Cuestionario de Autoconcepto Forma AF5)¹

El instrumento que apoya este trabajo mide cinco áreas del autoconcepto las cuales son: autoconcepto académico/ laboral, autoconcepto emocional, autoconcepto social, autoconcepto familiar y autoconcepto físico.

El cuestionario de autoconcepto Forma (AF5) ha sido de gran importancia con aceptación y difusión internacional desde su primera publicación en 1999, su uso se aplica en las ciencias del comportamiento humano, tanto para la investigación y el quehacer profesional (García & Musito, 2001).

2.2.1 Justificación para el uso del instrumento Forma (AF5).

Lozano (2004) en su investigación de Autoconcepto en personas con discapacidad intelectual moderada y ligera hace uso del cuestionario mencionado gracias a su fácil comprensión, para ello hace un estudio piloto con 20 participantes con la finalidad de valorar su adecuación respectiva. Dado que las personas que intervienen en la medición de Lozano tienen discapacidad moderada o ligera,

¹Nota: El instrumento de medición Autoconcepto forma A-F5 se amplía en el capítulo III.

inferimos que su uso es pertinente para nuestra población con discapacidad limítrofe y leve dado su grado fácil de comprensión para la evaluación presente.

2.3 Dimensiones del Autoconcepto e incidencia en la discapacidad intelectual.

2.3.1 El Autoconcepto académico-laboral.

Esta temática consiste en el estudio de la percepción que una persona tiene de su desempeño en las esferas laboral y académica a través de sus compañeros de trabajo y /o maestros (p. ej., ser buen trabajador, buen estudiante, inteligente, estimado/a, etc. (García & Musitu, 2001).

2.3.1.1 Situación laboral y académica en la discapacidad intelectual.

Para un análisis más extenso en el área laboral y académica en relación a la discapacidad intelectual se citará a Olmos (2009), quien nos explica que en el campo de la actividad laboral se exige el desarrollo de ciertas competencias personales tales como: a) intelectual-cognitiva, b) afectiva, c) relacional, d) motora, e) psicomotora.

Los problemas de desajuste laboral comenzarían por la escasez de los elementos mencionados o por un relativo funcionamiento de cada uno de estos, y que dentro del grupo de discapacidad intelectual es insuficiente por las exigencias del medio, por lo tanto, existe dificultad con respecto al acceso en el mercado laboral, ya que este colectivo provoca inseguridad y rechazo por el desconocimiento de las potencialidades de este grupo vulnerable, por esta razón, el MIES (2013) explica que el proceso de inclusión laboral requiere que se identifique las potencialidades de personas con discapacidad intelectual, para tareas que no requieran mayor responsabilidad y que tenga menor riesgo en tareas prácticas. Así también se debe garantizar un clima laboral adecuado, compañerismo, capacitación,

preocupación por las condiciones de salud psicológicas, y de una mejora en la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual que han sido contratadas. De esta manera se ha emprendido la inclusión educativa, laboral, económica y social en general con la siguiente visión: «Ser la entidad pública que ejerce la rectoría y ejecuta políticas, regulaciones, programas y servicios para la inclusión social y atención durante el ciclo de vida con prioridad en la población de niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos mayores, personas con discapacidad» (MIES, 2013, s/n).

2.3.2 El Autoconcepto social.

Esto explica la percepción que posee un individuo en el desempeño de su relación con la sociedad mediante dos ejes: a) Hace referencia a la facilidad o dificultad de mantener o ampliar una red social, b) Supone las cualidades importantes en las relaciones interpersonales como ser alegre o amigable.

El Autoconcepto social relaciona el ajuste psicosocial, el bienestar, el rendimiento académico, la estima frente a autoridades, etc., de manera positiva o negativa Cheal, 1991; Broderiick, 1993; Pons, 1989; Lila, 1991, 1995; Molpeceres, 1991; Herrero, 1992; Marchetti, 1997; Gutiérrez, 1989 (citado por García y Musito, 2001).

2.3.2.1 Situación histórica social con respecto a la discapacidad intelectual.

Ramírez (2006) explica que en el devenir de la humanidad se ha constatado el rechazo y humillación a personas con discapacidad intelectual, incluso estos seres humanos eran asesinados o abandonados, por su parte Norris (citado por Ramírez, 2006) narra que esta situación viene desde la antigüedad y data sus comienzos en Babilonia, Esparta, Roma en donde las personas con «defectos» eran eliminadas pues se las consideraba como obra de demonios, no fue sino hasta el surgimiento

del cristianismo con el cual comienza la piedad y la misericordia para estos seres humanos, como por ejemplo San Vicente de Paúl (1576-1660) quien se dedicó a la protección y cuidados de las personas con discapacidad. En el siglo XVII con la Revolución Francesa surgió otra manera de tratar a las personas con «desperfectos», ya que desde esa época comienza la atención por parte de profesionales y educadores con respecto a la discapacidad intelectual.

2.3.2.2 Entorno Social de las personas con discapacidad intelectual en la actualidad.

Como habíamos visto anteriormente, según el DSM-V (2005, s/n) considera discapacitada intelectual entre uno de sus puntos de diagnóstico a aquella persona que tiene problemas con respecto a la conducta adaptativa en la sociedad, dicha conducta adaptativa para el MINISTERIO DE EDUCACIÓN DIVISIÓN DE EDUCACIÓN GENERAL (2013) implicaría a un conjunto de habilidades sociales y prácticas que una persona necesita en su diario vivir, habilidades básicas e imprescindibles para su funcionamiento diario.

Además, Córdoba, Restrepo, Tamayo & Peña (2010), manifiestan que la preocupación por parte de familiares y de la sociedad con respecto a la salud psicológica y emocional en la Discapacidad Intelectual es nueva, también en el contexto Ecuatoriano se evidencia esta inquietud desde organismos gubernamentales tales como: La Vicepresidencia de la Republica, El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y El Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS), los cuales promueven el derecho a la igualdad y a la no discriminación social, asegurar la vigencia de los derechos de este grupo vulnerable a través de políticas públicas con el fin de lograr la inclusión económica, social, laboral y

educativa para las personas con discapacidad en general (MIES & CONADIS, 2013).

2.3.3 El Autoconcepto Emocional.

Se refiere a la percepción del sujeto de su estado sentimental y de su respuesta a situaciones específicas con un grado de responsabilidad e implicación en su diario vivir, el control de su nerviosismo, habilidades sociales, autocontrol, sentimiento de bienestar y aceptación de sus iguales (García & Musito, 1995).

2.3.3.1 Las emociones y la discapacidad intelectual.

En el argot popular se escucha de vez en cuando expresiones tales como «Las personas con retraso mental son muy cariñosos/as y son como angelitos, pobrecitos, ellos no tienen pecado» sin embargo, dentro de la discapacidad intelectual la situación es más compleja que este dicho popular, con respecto a los estados emocionales de las personas con discapacidad intelectual.

Según Evans (citado por Jones, 2012) menciona que para muchas personas con discapacidad intelectual durante la adolescencia empiezan a identificar las diferencias entre ellos mismos y sus pares, este reconocimiento acarrearía sentimientos de inadecuación, frustración o desolación. Además Sevin & Matson (citados por Thompson & Strohmer, 1995) explican que las personas con discapacidad son más susceptibles de contraer problemas emocionales que el resto de la población.

Por otra parte Olmos (2009) agrega que con respecto a sus habilidades sociales, es común que ante un estresor aumente su angustia y ansiedad, por lo que pierden el control de sus emociones con facilidad, por esta razón, son estigmatizados como personas agresivas e inmaduras siendo víctimas de maltrato,

marginación o en otros casos les colocan apodos alusivos a su falta de razonamiento y comprensión.

En este sentido Borthwick-Duffy, 1994; Clay & Thomas, 2005; Dosen, 1993; Nezu, Nezu, & Gill-Weiss, 1992; Rojahn&Tasse, 1996(citados por Garaigordobil & Pérez, 2007), explican que a la discapacidad intelectual se asocian mayores problemas psicológicos y emocionales.

Por su parte Beier & Fernald (citados por Thompson & Strohmer, 1995) enuncian que la lista de problemas emocionales y desórdenes psicológicos es más amplia de lo que se esperaba, por ejemplo la coexistencia y comorbilidad entre el retraso mental, el crimen y la delincuencia.

Dentro del universo de la discapacidad intelectual yace una variable o faceta muy importante en el comportamiento humano y en las emociones, se trata de la sexualidad, por lo cual Morentín, Arias, Rodríguez & Verdugo (2012) expresan que la sociedad ve a la persona con discapacidad intelectual como si esta fuese asexual, la miran como ha eternos niños, que no necesitan charlas con respecto a la salud sexual, ya que esto motivaría su interés y curiosidad, incluso profesionales sugieren la esterilización en estas personas, lo cual conlleva a una amplia discusión ética, también manifiestan que en la discapacidad intelectual es más común ser víctimas y cometer abusos sexuales, así mismo esto impide su bienestar emocional, y propone que además de estudiar la sexualidad en este grupo, se debe poner énfasis en estudios acerca de la afectividad, no es sino a finales de los años 80 que se publicaron los primeros estudios reportando la coexistencia entre problemas emocionales y la discapacidad intelectual (Thompson & Strohmer, 1995).

2.3.4 El Autoconcepto Familiar.

Es la apreciación del sujeto en su rol, participación e integración al medio familiar. El significado de este elemento se fracciona en dos ejes: a) Los padres, el afecto y la confianza con y hacia ellos, b) La felicidad, y el apoyo / la decepción y la crítica.

En los niños y adolescentes el autoconcepto familiar se asocia positivamente con la idiosincrasia familiar con respecto al afecto, comprensión y apoyo, negativamente con la coerción, violencia, indiferencia y negligencia (García & Musitu, 2001).

2.3.4.1 El entorno familiar en la discapacidad intelectual.

Para Caricote (2012) la familia constituye un medio entre el mundo interior y exterior social de una persona, donde las normas gobiernan susceptibles a cambios por la sociedad, sin embargo, manifiestan que cuando un niño nace con discapacidad intelectual se origina una comunicación intrafamiliar dolorosa e inesperada que lleva a la angustia familiar, sentimientos de depresión aparecen conjugados con sensaciones de culpa, comportamientos de aislamiento social lo cual llevará a la familia a un reequilibrio emocional.

Torres & Beltrán (citados por Caricote, 2012) expresan que la madre de una persona con discapacidad intelectual sufre una herida profunda en su autoestima al enterarse del diagnóstico mencionado, el padre también se derrumba y su virilidad se ve afectada, el ambiente social expresa su angustia, manifiestan su ayuda, aconsejan, otros huyen, entonces más de una persona piensa que es un castigo divino.

Para Amor y Pan (citado por Caricote, 2012) existen familias que logran un reequilibrio con reglas flexibles que hacen posible adecuarse al medio con

actividades y conductas recreativas; por otra parte existen familias en la actualidad quienes se interesan por el bienestar en el ámbito de la discapacidad intelectual, por esa razón se han creado centros especializados, por ejemplo en España, la ASOCIACIÓN EN LÍNEA (2013) entrena a personas con funcionamiento intelectual límite para que estos puedan adquirir herramientas para su diario vivir, dado que algunos padres de familia se preguntan así mismos ¿Qué sucederá si algún día nosotros les faltamos? ¿Qué será de ellos cuando fallezcamos?

Mirando desde otra perspectiva García, et al. (Citados por Morentín et al, 2006) describen que la tendencia por parte de algunas familias a la sobreprotección de las personas con discapacidad intelectual dificultan el establecimiento de relaciones interpersonales favorables. Algunas actitudes familiares pueden ser obstáculos, uno de ellos es la segregación y ésta puede convertirse en un muro institucional.

Caricote (2012) menciona que las personas con discapacidad intelectual y sus familias han ¡alzado su voz!, como habíamos descrito, también existen familias que muestran interés con respecto a la salud psicológica de sus familiares con discapacidad intelectual. Por tal motivo en España un grupo de padres de familia de personas con discapacidad intelectual junto a algunos profesionales crearon la fundación ADISLI en el año 1997 para responder a necesidades de sus familiares con discapacidad intelectual limítrofe ante la ausencia de centros especializados, dicha fundación trabaja para desarrollar habilidades laborales y estrategias para un mejor nivel de independencia de estas personas. Así mismo esta institución fortalece y apoya a las familias de personas con discapacidad intelectual, pues consideran que el pilar fundamental para el desarrollo de las personas con

Inteligencia límite y discapacidad intelectual leve es el incremento de habilidades sociales y laborales (ADISLI, 2015).

2.3.5 El Autoconcepto Físico.

El Autoconcepto físico se refiere a dos tipos de percepciones por parte del individuo: a) A su aspecto físico, es decir si se siente elegante o atractivo, b) Alude a la práctica deportiva, es decir a su percepción de habilidad (soy bueno o malo para el deporte).

Un autoconcepto alto apunta a que el individuo se siente agradable consigo mismo con respecto a su aspecto físico y que practica algún deporte con éxito. El autoconcepto físico se relaciona con el bienestar, la salud, el rendimiento deportivo, el autocontrol, la motivación de logro y la integración social (García et al, 2009), así también el autoconcepto físico negativo se correlaciona con el bajo rendimiento académico, el desajuste escolar, la ansiedad y problemas con los pares Cava, et al. (Citados por García & Musitu, 2001).

2.3.5.1 Condición física en la discapacidad intelectual.

La condición física presenta elementos que se relacionan con la salud y habilidades, por ende se clarificará las que provienen de la discapacidad intelectual. Se debería dar más importancia y evaluar la actividad física en la discapacidad intelectual, ya que sus vidas están muy dirigidas por patrones motores y demandas físicas Trojano (citado por Bofill, 2008).

Bofill (2008) cuenta que cada vez es mayor la integración de las personas con cualquier tipo de discapacidad en el deporte, por ejemplo los juegos paralímpicos fundado por Ludwig Guttmann en 1960 proporciona beneficios para la salud los cuales son: ver tabla 3, pág. 50, (Bofill, 2008).

Tabla 3. El ejercicio físico y sus beneficios.

Tipo de beneficio	Mejora	Disminuye
Beneficios cardiovasculares	Rendimiento cardiaco Retorno venoso	Incidencia de enfermedades coronarias, Tromboembolismo TA sistólica y diastólica
Beneficios respiratorios	Mejora la capacidad y resistencia respiratoria	Gravedad de Disnea
Beneficios motores	Mejora la postura, mejora la fuerza de músculos y tendones, metabolismo minero.	Hipermovilidad e hipotonía
Beneficios metabólicos y endocrinológicos	Regula el metabolismo lipídico, controla el sobrepeso, regula el metabolismo glicídico, regula la hiperuricemia	
Beneficios inmunológicos	Resistencia a infecciones Incrementa leucocitos, y linfocitos T y B, el sistema complemento C3	
Beneficios psicosociales	Autoestima, rendimiento memoria procedimental.	estrés, Agresividad física y verbal, ansiedad y depresión.

Fuente: Bofill Ana Maria (2008).

Dentro de la inteligencia límite no existen rasgos biológicos aparentes que denote una discapacidad, dentro de esta característica de la inteligencia la

diferencia yace en una condición del neurodesarrollo y no en la apariencia física (Carulla et al, 2011).

En general Artigas & Narbona (2011) afirman que no es posible identificar una sintomatología específica en la discapacidad intelectual, pues viene establecida por tres motivos: a) nivel de discapacidad, b) la edad, c) la causa, y que el único aspecto común es el retraso en adquirir un desarrollo adecuado, siendo que mientras más grave es el grado de retraso, es más fácil y temprano poder detectar las anomalías en el sistema nervioso, sin embargo los síntomas observables están vinculados por la edad, por esta razón presentamos el siguiente cuadro:

Tabla 4. Sintomatología de la discapacidad intelectual según la edad.

	Aguda: Convulsiones, Apneas, Temblores, Alteración sensorial, Irritabilidad
Periodo perinatal	Crónica: Rasgos dismórficos , Microcefalia, Hipotonía, Contacto pobre, Problemas alimentarios
	Retraso en adquisiciones motoras: Control cefálico, presión de objetos, manipulación, sedestación y deambulación.
0-3 años	Retraso en adquisiciones cognitivas: Seguimiento ocular, sonrisa social, interés por el entorno, balbuceo y lenguaje
Más de tres años	Retraso en el desarrollo esperado, Desarrollo del lenguaje, Problemas de interacción con iguales y dificultades escolares.

Fuente: (Artigas & Narbona, 2011)

2.4 El Autoconcepto en personas con discapacidad intelectual.

Una vez desarrollado los conceptos y/o aproximaciones, con respecto a las variables que intervienen en esta investigación, se analizará estudios afines, con el fin de desarrollar una base teórica.

En La Rioja², comunidad autónoma de España, se ha visto la necesidad de investigar acerca del autoconcepto en estudiantes con Discapacidad intelectual, por lo cual es menester de esta investigación citar a (Lozano, 2004) cuyo objetivo es:

Conocer el Autoconcepto de estudiantes con discapacidad intelectual en La Rioja, desde la perspectiva cognitivo-constructivista que se compone de un modelo multidimensional, para ello se dispone del Cuestionario de Autoestima AF5 (García y Musitu, 2001), la muestra está formada por 150 participantes (87 hombres y 63 mujeres), cuyas edades oscilan entre los 13 y 21 años, estudiantes de 26 Centros de Secundaria de la Rioja con discapacidad intelectual ligero y moderado. Los resultados obtenidos describen los (cinco factores) propuestos por los autores del cuestionario (García y Musitu, 2001), muestran una distribución normal en la mayoría de las puntuaciones de los cinco factores. Los resultados de esta investigación determinan lo siguiente:

- a) Se encuentran diferencias significativas de género respecto al autoconcepto en lo Social y familiar y muy cercanas en el caso del autoconcepto físico, siendo los hombres quienes obtienen mayor puntuación.
- b) No existen diferencias en lo académico y emocional.
- c) Respecto a la edad, los mayores de 16 años obtuvieron mayores niveles en lo académico.

² Nota: ver en pág. 63

- d) En general se encuentra mejor ajuste en el autoconcepto social y menor en el físico, siendo las mujeres quienes puntuaron mayor nivel.

Desde la perspectiva de Jones (2010)³ en su trabajo titulado: «Factores asociados con el autoconcepto en adolescentes con discapacidad en el desarrollo intelectual», plantea que percibir el yo es esencial para el desarrollo y que el propósito de esta investigación fue explorar la auto percepción de adolescentes con discapacidad intelectual, para ello participaron 50 padres de familia y 12 profesores, usando métodos mixtos, como entrevistas, con las cuales identificaron que el 55% sabía acerca de su discapacidad de manera afirmativa. El análisis cuantitativo fue usado para explorar las variables tales como el apoyo de sus padres, y la autodeterminación como posible predictor de valor propio y aceptación social, los resultados indican que el apoyo familiar y de sus padres es importante para esta población. Este estudio tuvo dos tipos de análisis para resultados más holísticos.

- a) Ejemplo de análisis cualitativo.- Describe resultados del 61% donde los adolescentes disfrutaban de actividades propias de su edad como video juegos, deportes, escuchar música y mirar televisión. El 39% usó términos positivos para describirse «soy agradable», «soy buena persona», solamente un chico mencionó su raza «Soy negro». El 32% se describió así mismos distinguiendo su género «soy hombre», «soy mujer».
- b) Análisis cuantitativo.- En estos resultados intervienen las variable dependientes, (autoestima), y aceptación social. Las variables dependientes serían (edad mental verbal), (ingresos familiares), (educación maternal), (género), (estado civil de los padres), las

³ Nota: ver pág. 64

percepciones de los adolescentes con respecto al apoyo familiar; empoderamiento psicológico y auto realización. Por ejemplo se llevó a cabo comparación de medias con respecto a la aceptación social entre padres, maestros y adolescentes, los resultados obtenidos muestran un impacto entre el apoyo de los padres y el autoconcepto de los adolescentes, los ingresos familiares y la percepción de apoyo de padres fueron fuertes predictores de ambas variables (autoconcepto y aceptación social), los hallazgos sugieren que los recursos financieros y el apoyo familiar ayudan amortiguar el impacto negativo de experiencias negativas en adolescentes con discapacidad intelectual.

Para Sabeh (2002) ⁴en su publicación expone consideraciones teóricas acerca del autoconcepto y analiza el resultado que varios factores relacionados al desarrollo de un niño con necesidades intelectuales especiales pueden tener sobre la imagen de sí mismo. La autora concluye en su artículo que los niños con necesidades educativas especiales son propensos a desarrollar un autoconcepto negativo y una baja autoestima.

En la provincia de Vizcaya, en la Universidad del País Vasco, también se ha estudiado el tema del autoconcepto en personas con Discapacidad Intelectual.

El estudio tuvo dos objetivos:

- a) Analizar el autoconcepto y otros conceptos tales como la autoestima y algunos síntomas psicopatológicos.

⁴ Nota: ver pág. 63

- b) Estudiar la diferencia de géneros con respecto a la autoestima, autoconcepto y psicopatología.

La muestra está estructurada con 170 colaboradores de 19 a 40 años, 128 sin discapacidad y 42 con Discapacidad Intelectual, con un el método descriptivo.

Para esta investigación se usó el listado de cualidades para la evaluación del Autoconcepto en adolescentes y adultos (LAEA de Garaigordobil), la escala de autoestima EA de (Rosenberg, 1965) y el listado de Sintomas-90-Revisado (SCL-90-R; Derogatis, 1983). Los resultados del ANOVA evidencian que las personas con discapacidad intelectual alcanzaban calificaciones inferiores en Autoconcepto y autoestima, así como superiores en psicopatologías (Garaigordobil & Perez, 2007).

Por otra parte, en la Universidad De Georgia en los Estados Unidos se ha explorado en este campo del Autoconcepto y Discapacidad Intelectual, por lo que es fundamental para este trabajo indicar su labor.

En este estudio se evaluó la relación entre los logros y puntuaciones de inteligencia, y el autoconcepto de los niños con Discapacidad Intelectual Leve, el autoconcepto y los puntajes de inteligencia verbal WISC mostraron relaciones significativas, es decir que hay relación entre rendimiento académico y calificaciones en el autoconcepto de los evaluados (Donohue, 2008).

Así mismo en Durham Estados Unidos, Marsh et al (2006), usaron el multidimensional Self-Concept Structure for Preadolescents With Mild Intellectual Disabilities y determinan que los preadolescentes con discapacidad intelectual leve tienen menores niveles de autoconcepto en lo académico y un poco menos en su

relación con sus pares, se evidencia puntajes más altos en las dimensiones. (Física, el aspecto y relaciones paternas).

En Australia, Datta (2014)⁵ resume que el concepto propio es un aspecto trascendental en el bienestar y desarrollo en la vida de los estudiantes en general, por lo tanto, es de suma importancia mencionarlo en contexto de la educación especial, analizar las opiniones propias de los estudiantes con discapacidad intelectual, entender el autoconcepto mediante dos instrumentos de medición, la primera se trata de la Escala de Concepto Propio de Tenesse (TSCS: 2) y una entrevista semi estructurada. Este trabajo tiene presenta dos preguntas de investigación:

- a) ¿Cuáles son los puntajes del concepto propio para los estudiantes (mujeres y hombres) con discapacidad intelectual en el sur de Australia?
- b) ¿Qué son capaces de alcanzar los estudiantes con DI en las diferentes dimensiones del concepto propio y por qué?

2.5 La problemática en el campo de la discapacidad intelectual.

Diversas son las opiniones acerca de la salud sexual, salud reproductiva y emociones que acarrea la sexualidad en la discapacidad intelectual, existen criterios médicos que proponen esterilizar a individuos con discapacidad intelectual, pues argumentan que estas personas al no ser capaces de cuidar de sí mismos no deberían procrear, inclusive el CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL ECUATORIANO (2014) en su artículo 150 expresa que el aborto de una mujer con discapacidad intelectual en el caso de haber sufrido violación sexual no es punible, sin embargo penaliza la práctica del aborto en mujeres con discapacidad intelectual,

⁵ Nota: ver pág. 64

en el caso que dicha mujer haya tenido relaciones sexuales de manera voluntaria. Desde otras perspectivas de la salud mental infieren que las personas con discapacidad intelectual con apoyos familiares y sociales, pueden criar hijos y formar su propia familia, en fin cuando se trata de sexualidad, salud sexual y reproductiva, hemos observado que cada familia a donde pertenece una persona con discapacidad intelectual tiene distintas maneras o enfoques de tratar este fenómeno de la realidad, algunas familias reprimen la masturbación de sus hijos, en otros contextos se ha visto casos donde padres de personas con discapacidad intelectual contratan trabajadoras sexuales para sus vástagos. En algunas situaciones han sido esterilizadas, así mismo hay quienes miran con indiferencia estos hechos naturales en el devenir humano, otras familias encaminan a sus hijos para que formen una familia y les apoyan incluso en la decisión de casarse, sin embargo, en este universo de la discapacidad intelectual en algunos aspectos continua siendo un tabú en la sociedad por lo cual se espera rebasar estas barreras mediante la investigación para comprender mejor este ámbito de la salud en las personas con DI.

CAPITULO III

3.1 Metodología.

3.1.1 Enfoque y alcance.

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo y transversal.

3.1.2 Población de estudio.

El estudio se llevó a cabo con 27 adolescentes diagnosticados con discapacidad intelectual leve o funcionamiento intelectual limítrofe.

3.1.2.1 Método de selección.

La muestra fue seleccionada por conveniencia en cuatro establecimientos educativos: Unidad Educativa San Roque, Zoila Aurora Palacios, CEBCI, República del Ecuador. Se seleccionó a los participantes tomando en cuenta sus diagnósticos psicométricos de Coeficiente intelectual «Wescheler» con el debido consentimiento de padres de familia y autoridades de los planteles educativos.

3.1.2.2 Tamaño y características de la muestra.

Se trabajó con 27 adolescentes, 17 Hombres y 10 mujeres, con una edad media de 14,67 años (DT = 1,92 años), con una edad mínima de 11 años y una edad máxima de 17 años.

3.2 Instrumento.

3.2.1 Técnica e instrumento de recolección de información.

Se recolectó información a través de la aplicación del Cuestionario Forma AF-5

3.2.1.1 Multidimensionalidad del instrumento Forma (AF5).

La herramienta de medición que se aplicó en esta investigación, explora cinco dimensiones globales definidas del autoconcepto con respecto a la relación y experiencias con los demás y consigo mismo, estas facetas son: Autoconcepto académico-laboral, social, emocional, familiar y físico, dicho instrumento creado por García & Musitu, 2001), se describe a continuación.

3.2.1.2 Ficha Técnica.

La ficha elaborada por García & Musitu (2001) a continuación:

Nombre:	Autoconcepto Forma (AF5)
Autores:	García, F., y Musitu, G.
Tipificación:	García, F., y Musitu, G.
Administración:	Individual y Colectiva.
Duración:	15 minutos aproximadamente, incluyendo la aplicación y corrección.
Aplicación:	A estudiantes de 5to y 6to de EPO, ESO; Bachiller, universitarios y adultos no escolarizados al momento de aplicación.
Baremación:	Muestras escolares y adultos no escolarizados.

3.3 Elaboración.

Cada dimensión evaluada presenta seis ítems, procura obtener la mayor información relevante acerca del autoconcepto y este protocolo se ha aplicado desde niños de nueve años de edad hasta adultos de 62 años. Se insta a los encuestados a contestar con la mayor sinceridad posible, los ítems se evalúan en una escala que va desde 1 a 99 para mayor exactitud.

3.3.1 Población para la elaboración del Cuestionario forma AF-5.

Los creadores de este instrumento utilizan una muestra de 6.483 sujetos para la baremación en ambos sexos, 2.859 varones y 3.624 mujeres, incluyendo niños y adultos escolarizados y no escolarizados en el momento de aplicación.

3.4 Procedimiento.

3.4.1 Normas de corrección y baremación.

El proceso de corrección y obtención de las puntuaciones directas se realiza en la página de la hoja de respuestas autocopiativa, que está preparada para que se realicen en ella todos los cálculos necesarios. (Se aplica solo para el test original).

Los pasos para calcular las puntuaciones directas de cada factor son:

- 1) Se invierten las respuestas de los ítems 4, 12, 14 y 22. Para ello se resta de 100 la respuesta dada por el sujeto. Por ejemplo, si en el ítem 4 responde 25, la respuesta transformada será el resultado de restar $100 - 25 = 75$.
- 2) Se suman las respuestas a los ítems que componen cada dimensión.
- 3) Cómo todos los ítems de la tercera dimensión están expresados en sentido inverso, no se invierte la puntuación de uno en uno, sino que se les resta a 600 del valor de la suma de los seis ítems.
- 4) Se divide por 60 cada una de las sumas obtenidas en cada factor. El cociente es la puntuación directa en cada factor (García & Musitu, 2001).

3.4.2 Los centiles.

Para laborar los baremos se han tenido en cuenta las diferencias estadísticamente significativas entre los dos sexos. Cuando en un grupo no se ha encontrado estas diferencias, se ha procedido a elaborar un solo baremo.

En el caso de que la puntuación directa obtenida por el sujeto no esté representada en el baremo correspondiente, se realizará una interpolación entre el centil del valor anterior y el centil del valor posterior para determinar el que le corresponde.

Los baremos están distribuidos según edades y sexo de los participantes de la muestra (García & Musitu, 2001).

3.4.3 Análisis estadístico.

Se construyó una matriz en SPSS versión 20, a partir de ella se procesó la información. Con las respuestas al cuestionario se calcularon los puntajes directos ajustándose a las normas de corrección del instrumento; con los puntajes directos se determinaron los centiles en función del baremo considerando la edad y el sexo de los participantes. Para la interpretación se dividieron los valores en tres rangos: El primero por debajo del centil 25, el segundo entre el centil 25 y el 75 y un tercer rango por encima del centil 75. Los resultados se presentaron mediante tablas con frecuencias absolutas y se complementó con frecuencias porcentuales. La evaluación general del autoconcepto se ilustró mediante un gráfico de columnas

3.5 Resultado.

3.5.1 Evaluación del Autoconcepto en varones mediante el AF5.

Tabla 5. Evaluación del Autoconcepto en varones mediante el AF5.

Nómina	Edad	AUTOCONCEPTO HOMBRES				
		Académico	Social	Emocional	Familiar	Físico
NN1	11	35	90	75	55	70
NN2	12	10	3	99	45	10
NN3	12	99	30	30	40	99
NN4	12	65	60	3	15	60
NN5	13	90	10	50	95	45
NN6	13	65	20	35	93	25
NN7	13	25	60	90	45	75
NN8	13	50	15	35	45	70
NN9	14	30	85	99	99	99
NN10	14	15	20	50	20	90
NN11	14	15	40	95	15	25
NN12	15	99	99	70	99	85
NN13	15	20	10	15	1	93
NN14	16	3	1	99	1	1
NN15	17	65	70	75	15	5
NN16	17	45	10	15	3	60
NN17	17	40	7	55	75	45

Fuente: Elaborado por Burbano Andrea & Coronel Jorge (2015).

Se pudo observar que de los 17 participantes varones del estudio uno de ellos se ubicó por encima del percentil 50 en todas las cinco dimensiones del Autoconcepto, también se encontró que ningún participante obtiene puntaje igual o mayor al percentil 75 en las 5 áreas del autoconcepto, y que dos de ellos alcanzan puntajes igual o mayor al percentil 75 en 4 áreas. Se distingue que todos los participantes varones tienen alguna o algunas áreas del autoconcepto por debajo del percentil 50. Se evidencia además que 7 estudiantes se ubicaron igual o por debajo del percentil 50 en 4 dimensiones del autoconcepto. Cuatro de los 17 participantes varones no presentan valores igual o por debajo del centil 25, entonces, 13 de los hombres tienen 1 a 3 áreas con puntajes igual o por debajo del centil 25.

3.5.2 Evaluación del Autoconcepto en mujeres mediante el AF5.

Tabla 6. Autoconcepto Mujeres.

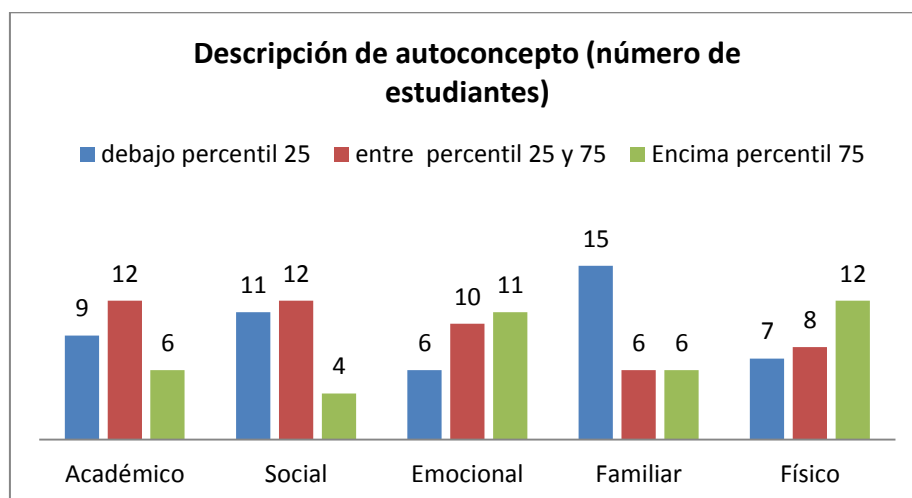
Nómina	Edad	AUTOCONCEPTO MUJERES				
		Académico	Social	Emocional	Familiar	Físico
NN18	14	95	15	7	40	95
NN19	14	50	30	7	10	65
NN20	14	85	70	60	15	99
NN21	15	85	65	60	93	99
NN22	16	10	40	85	15	99
NN23	17	7	95	99	10	15
NN24	17	50	55	15	7	50
NN25	17	50	55	50	15	93
NN26	17	10	1	97	15	25
NN27	17	50	40	90	3	99

Fuente: Elaborado por Burbano Andrea & Coronel Jorge (2015).

En la tabla observamos que solo una participante obtiene en todas las áreas del autoconcepto puntajes superiores al percentil 50. Ninguna de las mujeres obtiene puntajes iguales o superiores al percentil 75, y que solamente una señorita tiene puntajes iguales o superiores al percentil 75 en 3 áreas del autoconcepto. Tres participantes mujeres presentan puntajes inferiores o iguales al centil 50 en 4 dimensiones del autoconcepto y cinco de ellas obtuvieron puntajes iguales o por debajo del centil 50 en 3 áreas del autoconcepto. Se evidencia además que tres estudiantes se ubicaron igual o por debajo del percentil 50 en 4 dimensiones del autoconcepto. Cinco de las diez participantes mujeres presentan valores igual o por debajo del centil 50 en 3 dimensiones. Con respecto a los puntajes iguales o menores al centil 25 una de las diez participantes tiene este puntaje en 4 áreas y una en 3 de las mencionadas dimensiones.

3.5.3 Explicación del Autoconcepto por dimensiones.

Ilustración 2. Descripción de Autoconcepto (número de estudiantes).



Fuente: Elaborado por Burbano Andrea & Coronel Jorge (2015).

Se encontró que en la dimensión familiar 15 de los 27 estudiantes registraron un autoconcepto por debajo del percentil 25, en lo social 11 estudiantes, en lo académico 9, en lo físico 7 y en lo emocional 6 estudiantes se ubican en estos rangos.

Los niveles más altos de autoconcepto se registraron en la dimensión física, 12 de los 27 estudiantes así lo manifestaron, 11 en lo emocional, 6 en lo académico y familiar y finalmente 4 en los social.

3.5.4 Interpretación del autoconcepto en sus cinco dimensiones.

Los puntajes directos obtenidos se restaron del valor de las medias de referencia del baremo del AF-5 para cada edad y sexo. Los resultados positivos implican que el autoconcepto es superior a la media de referencia, en consecuencia los negativos son inferiores a la media.

3.5.5 Autoconcepto en lo académico en hombres y mujeres.

En la tabla número 7 se muestra que en lo académico el 47% de hombres y el 70% de mujeres registraron puntajes directos superiores al puntaje de la media de referencia, y que el 53% de hombres y el 30% de mujeres puntúan valores inferiores a la media de referencia.

Tabla 7. Autoconcepto en lo académico en hombres y mujeres.

Ubicación respecto a la media de referencia	Hombres		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Inferior	9	53	3	30	12	44
Superior	8	47	7	70	15	56
Total	17	100	10	100	27	100

Fuente: Elaborado por Burbano Andrea & Coronel Jorge (2015).

3.5.6 Autoconcepto en lo emocional en hombres y mujeres.

En la tabla número 8 se evidencia que en el área emocional el 53% de hombres y el 60% de mujeres registraron puntajes directos superiores al puntaje de la media de referencia, sin embargo registran puntajes inferiores a la media de referencia el 47% de varones y el 40% de mujeres.

Tabla 8. Autoconcepto en lo emocional en hombres y mujeres.

Ubicación respecto a la media de referencia	Hombres		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Inferior	8	47	4	40	12	44
Superior	9	53	6	60	15	56
Total	17	100	10	100	27	100

Fuente: Elaborado por Burbano Andrea & Coronel Jorge (2015).

3.5.7 Autoconcepto en lo social en hombres y mujeres.

En la tabla número 9 se presenta puntajes inferiores a la media de referencia en varones con el 59% y en mujeres con el 60%, con respecto a los valores inferiores a la media de referencia los valores en varones son de 41% y en mujeres es el 40%, ver tabla 9, pág. 68.

. Tabla 9. **Autoconcepto en lo social en hombres y mujeres.**

Ubicación respecto a la media de referencia	Hombres		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Inferior	10	59	6	60	16	59
Superior	7	41	4	40	11	41
Total	17	100	10	100	27	100

Fuente: Elaborado por Burbano Andrea & Coronel Jorge (2015).

3.5.8 Autoconcepto en lo familiar en hombres y mujeres.

En la tabla número 10 se muestra calificaciones inferiores a la media de referencia en hombres con el 41% y en mujeres con el 80%, y en cuanto a los valores superiores a la media de referencia los puntajes en varones son de 59% y en mujeres el 20%.

Tabla 10. Autoconcepto en lo familiar en hombres y mujeres.

Ubicación respecto a la media de referencia	Hombres		Mujer		Total	
	n	%	n	%	N	%
Inferior	7	41	8	80	15	56
Superior	10	59	2	20	12	44
Total	17	100	10	100	27	100

Fuente: Elaborado por Burbano Andrea & Coronel Jorge (2015).

3.5.9 Autoconcepto en lo físico en hombres y mujeres.

En la tabla número 11 se muestran puntajes superiores a la media de referencia en varones con el 65% y en mujeres el 80%, y con respecto a los valores inferiores a la media de referencia tenemos el 35% en varones y el 20% en mujeres, ver tabla 11, pág. 69.

Tabla 11. Autoconcepto en lo físico en hombres y mujeres.

Ubicación respecto a la media de referencia	Hombres		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Inferior	6	35	2	20	8	30
Superior	11	65	8	80	19	70
Total	17	100	10	100	27	100

Fuente: Elaborado por Burbano Andrea & Coronel Jorge (2015).

DISCUSIÓN.

En primera instancia se destaca que los resultados obtenidos en el actual trabajo se asemejan y/o se contraponen a las conclusiones de los autores exhibidos en el presente tratado, sin embargo, inferimos que se debe a que las investigaciones pertenecen a diferentes contextos y que las herramientas de medición no están adaptadas a nuestra realidad, otra limitante que hemos de considerar es la reducida población que no permite generalizar los resultados obtenidos.

Los hallazgos en la investigación de Lozano (2004) quien utiliza el cuestionario forma AF-5 muestran diferencias significativas de género en el autoconcepto social y familiar, lo cual se repite parcialmente en la presente investigación, para este mismo autor la dimensión de autoconcepto físico es similar en varones como en mujeres, pero en los hombres esta área es mejor puntuada, de manera coincidente en este trabajo con respecto a la dimensión física también se encontró cierta semejanza entre hombres y mujeres, sin embargo, con una breve tendencia a valores superiores en el sexo femenino. En las áreas de autoconcepto físico y emocional el puntaje de ambos grupos es similar y presenta niveles altos, por lo que se presume que en estas dimensiones al ser de carácter personal su nivel de autoconcepto se ve afectado de manera positiva. De manera contraria según los resultados de Datta (2014) en su estudio de estudiantes con DI en el que obtiene resultados que se contraponen a los nuestros, en el área física de autoconcepto los hombres obtienen los puntajes más bajos seguidos por las mujeres siendo esta dimensión en puntaje la más baja de todas las áreas en los dos grupos.

Para Datta (2014) la retroalimentación positiva de padres es fundamental para el desarrollo del autoconcepto en personas con DI, tema que se puso en evidencia en

el presente trabajo pues la importancia de la familia, maestros y adultos en general para el buen desarrollo psicológico de los individuos es primordial, mientras que en nuestro estudio encontramos que los participantes varones muestran mejor puntuación en relación a las mujeres con diferencia significativa en el autoconcepto familiar, sin embargo en los resultados generales los niveles más bajos de autoconcepto los ubicamos en esta área y en la dimensión social, por lo cual se presume que estas áreas al no depender solamente de sí mismos, sino también de otras personas se ve afectada y en base a los resultados obtenidos podemos deducir que la percepción del apoyo familiar y social que tienen los adolescentes con DIL y FIL es negativo en los participantes encuestados.

Jones (2010) así mismo en su estudio determina la importancia del apoyo familiar para la población con DI ya que esto sugiere que este factor tiene un fuerte impacto en la aceptación social, lo cual corrobora los resultados bajos en correspondencia el uno con el otro.

Con respecto a la dimensión académica de autoconcepto se obtuvo puntajes significativamente superiores para las mujeres en relación a los varones, cuyos valores son inferiores estos datos se contraponen al estudio de Datta (2014) donde las mujeres puntúan niveles medios/bajos y los varones valores bajos.

Y por último a la investigación de Sabeh (2002) la cual determina que el autoconcepto negativo en el individuo no es global ya que utiliza un mecanismo de compensación para salvaguardar su imagen propia, al observar puntajes extremos en las dimensiones del AF-5 en nuestro tratado, inferimos que aquel mecanismo de compensación se hace presente también en nuestros participantes.

Entonces ninguno de nuestros colaboradores ha obtenido puntuaciones superiores e inferiores en todas las cinco dimensiones del AF-5. Existe coexistencia de puntajes altos y bajos de autoconcepto en el grupo de participantes en esta investigación.

Podemos concluir que los adolescentes con DIL y FIL presentan dificultades en el área social y familiar siendo las mujeres las más afectadas negativamente en lo familiar, y sus fortalezas serían las esferas emocional, física y de manera positiva en la dimensión académica.

Por lo tanto, el área de intervención y cuidado en la DI debería estar enfocada principalmente en la familia, pues como se había mencionado en el marco teórico presente, el aporte familiar es trascendental en el autoimagen de las personas con DI ya que estas son más propensas a adquirir un bajo autoconcepto, trastornos mentales y en general sufren la falta de comprensión por parte de la sociedad.

Como recomendaciones en general planteamos el adicionar a este tipo de investigaciones la entrevista, el grupo focal y el análisis de discurso como herramientas fundamentales para una mejor comprensión de los aspectos psicológicos y/o emocionales en este grupo vulnerable, tanto para padres, maestros y profesionales de la salud en general, además, la misma condición cognitiva de las personas con DI hace que no se genere datos muy precisos, por lo que es esencial contar con reactivos psicológicos adecuados y acordes a esta realidad.

Al igual que en la ASOCIACIÓN EN LÍNEA en España, sería pertinente proponer lugares específicos para una educación personalizada en nuestro país, tanto en lo cognitivo y emocional para las personas con FIL y DIL, de esta manera potenciar distintas habilidades y fortalezas tanto en lo cognitivo y práctico en este grupo para



de esta manera mejorar su autoimagen y por ende su desarrollo personal. Proponer proyectos encaminados a la psicoeducación, psicoterapia para familiares o cuidadores de personas con DI.

REFERENCIAS.

- ADISLI. (2015). <http://adisli.org/asociacion/nuestros-objetivos-socializacion/>. Recuperado el 1 de abril de 2014, de Asociación para la Atención de Personas con Discapacidad Intelectual Ligera e Inteligencia Límite: <http://adisli.org/asociacion/nuestros-objetivos-socializacion/>
- Alejandrina, S. (mayo de 2008). *Ser adolescente hoy*. Recuperado el 12 de septiembre de 2015, de Sociología y antropología: <http://www.redalyc.org/pdf/705/70517520005.pdf>
- Artigas, J., & Narbona, J. (2011). *Trastornos del neurodesarrollo* (1 ed.). Navarra, España: Viguera.
- Asociación en línea. (21 de septiembre de 2013). *Guía técnica educativa/ inteligencia límite*. (A. e. línea, Ed.) Recuperado el 15 de septiembre de 2014, de http://issuu.com/asociacionadisli/docs/gu__a_t__cnica_02._educativa?e=8160368/4944534
- Ayerra, S. (2013). *Autoconcepto y autoestima. Factores determinantes para el logro del bienestar personal en la educación positiva*. Recuperado el 18 de octubre de 2014, de <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/8106/TFG%20FINAL.pdf?sequence=1>
- Bofill, A. M. (2008). *Valoración de la condición física en la discapacidad intelectual*. Recuperado el 1 de agosto de 2015, de http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2479/AMBR_TESIS.pdf?seq
- Caricote, E. (2012). La sexualidad en la discapacidad intelectual. *Redalyc*, 16(55).
- Carulla, L., García, J., Ruiz, M., Artigas, J., García, J., Gonzales, J., . . . Martinez, R. (4 de febrero de 2011). *Manual de consenso sobre funcionamiento intelectual límite*. Recuperado el 2014 de abril de 5, de Psiquiatría: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90207723&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=286&ty=93&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=286v06n03a90207723pdf001.pdf
- Casas, M. (octubre de 2010). *Calidad de vida del adolescente*. Recuperado el 7 de febrero de 2015, de Pediatría: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312010000400012&script=sci_arttext
- CÓDIGO INTEGRAL PENAL ECUATORIANO. (3 de febrero de 2014). <http://www.desarrolloamazonico.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/05/CODIGO-ORGANICO-INTEGRAL-PENAL-act.pdf>. Recuperado el 25 de septiembre de 2015, de <http://www.desarrolloamazonico.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/05/CODIGO-ORGANICO-INTEGRAL-PENAL-act.pdf>

- Córdoba, L., Restrepo, A., Tamayo, J., Peña, M., & Verdugo, M. (4 de Marzo de 2010). *Variables personales, familiares y sociales asociados a comorbilidad entre retraso mental y trastornos mentales en adultos*. Recuperado el 12 de septiembre de 2014, de <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693002.pdf>
- Datta, P. (2014). *Students with intellectual disabilities: Insights, Implications and recommendations*. Brisbane, Australia: SPRINGER.
- De Zubiría, J. (2006). *Teorías contemporáneas de la inteligencia y la excepcionalidad*. (J. José, Ed.) Recuperado el octubre de 18 de 2015, de Pedagogía: [https://books.google.com.ec/books?id=X6e3R_pX_9oC&pg=PA4&lpg=PA4&dq=De+Zubir%C3%ADa,+J.+\(2006\)+Teor%C3%ADas+contempor%C3%A1neas+de+la+inteligencia+y+la+excepcionalidad&source=bl&ots=QjYtaQS6Gz&sig=8VitGIHsxe-BJZHBXASCnKOxf9M&hl=es&sa=X&ved=0CDYQ6AEwBWoVCh](https://books.google.com.ec/books?id=X6e3R_pX_9oC&pg=PA4&lpg=PA4&dq=De+Zubir%C3%ADa,+J.+(2006)+Teor%C3%ADas+contempor%C3%A1neas+de+la+inteligencia+y+la+excepcionalidad&source=bl&ots=QjYtaQS6Gz&sig=8VitGIHsxe-BJZHBXASCnKOxf9M&hl=es&sa=X&ved=0CDYQ6AEwBWoVCh)
- Donohue, D. (21 de abril de 2008). *scholarworks*. Recuperado el 17 de enero de 2014, de Self concept in children with intellectual disabilities: http://scholarworks.gsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1045&context=psych_theses
- DSM-IV-TR. (2005). *Brebario de los cirterios diagnósticos* (4 ed.). Barcelona, España: MASSON.
- DSM-V TM. (2014). *Guía de consulta de los cirterios diagnósticos* (5 ed.). Arlington, Estados Unidos.
- Frontera, M., & Gómez, C. (2013). *Inteligencia límite, perfil, necesidades, recursos y propuestas para mejorar*. (A. e. línea, Ed.) Recuperado el 28 de dic de 2013, de Psicología y Sociología: www.obrasocialcajamadrid.es
- Garaigordobil, M., & Pérez, J. I. (2007). *Redalyc.org*. Recuperado el 3 de abril de 2015, de <http://www.redalyc.org/pdf/172/17210114.pdf>: <http://www.redalyc.org/pdf/172/17210114.pdf>
- Gardner, H. (1998). *La teoría en la práctica*. (P. IBEROAMERICA, Ed.) Recuperado el 4 de JULIO de 2015, de Psicología y Pedagogía: <http://www.casadellibro.com/libro-inteligencias-multiples-la-teoria-en-la-practica/9788449305887/613520>
- Gardner, H. (1999). *La inteligencia reformulada: Las inteligencias múltiples del siglo XXI*. (G. P. Spain, Ed.) Recuperado el 4 de julio de 2015, de Psicología: [https://books.google.com.ec/books?id=E6PUQzaL9FEC&printsec=frontcover&dq=Gardner,+H.+\(1999\)+La+inteligencia+reformulada:+Las+inteligencias+m%C3%BAltiples+del+siglo+XXI&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Gardner%2C%20H.%20\(1999\)%20La%20inteligencia%20reforma](https://books.google.com.ec/books?id=E6PUQzaL9FEC&printsec=frontcover&dq=Gardner,+H.+(1999)+La+inteligencia+reformulada:+Las+inteligencias+m%C3%BAltiples+del+siglo+XXI&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Gardner%2C%20H.%20(1999)%20La%20inteligencia%20reforma)
- Green, C. (1997). *Classics in the history of psichology*. Recuperado el 25 de septiembre de 2015, de The principles of psichology: <http://psychclassics.asu.edu/James/Principles/prin10.htm>
- Haier, R. (noviembre de 2008). <http://www.redesparalaciencia.com/wp-content/uploads/2009/02/entrev024.pdf>. Recuperado el 31 de octubre de 2015, de

- redes para la ciencia: <http://www.redesparalaciencia.com/wp-content/uploads/2009/02/entrev024.pdf>
- Jones, J. (febrero de 2012). *Factors Associated with self.concept: Intellectual developmental disabilities*. (AAIDD, Ed.) Recuperado el 9 de febrero de 2015, de <http://www.aaiddjournals.org/doi/abs/10.1352/1934-9556-50.1.31>
- Ley orgánica de discapacidades del Ecuador. (25 de septiembre de 2012). *Registro oficial*. Recuperado el 2 de octubre de 2014, de http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf
- Lozano, R. (28 de diciembre de 2004). *Autoconcepto y retraso mental en la Rioja*. Recuperado el 17 de enero de 2015, de <https://www.unirioja.es/apnoticias/servlet/Noticias?codnot=69&accion=detnot>
- Madrigales, C. (febrero de 2012). *Autoconcepto en adolescentes de 14 a 18 años*. Recuperado el 20 de abril de 2014, de tesis de pregrado: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/Madrigales-Ceily.pdf>
- Marsh, H., Tracey, D., & Craven, R. (octubre de 2006). *proquest.org*. (I. SAGE PUBLICATIONS, Editor) Recuperado el 2 de Julio de 2015, de <http://search.proquest.com/docview/221528878?accountid=36552>: <http://search.proquest.com/docview/221528878?accountid=36552>
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN DIVISIÓN DE EDUCACIÓN GENERAL. (2013). *Orientaciones técnicas para la evaluación diagnóstica de estudiantes con necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad intelectual*. Recuperado el 25 de septiembre de 2014, de www.mineduc.cl
- Ministerio Inclusión Económica y Social. (2013). *Propuesta de atención integral para personas con discapacidad*. Recuperado el 2015 de junio de 6 , de Gobierno: <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Modelo-de-Atenci%C3%B3n-de-Discapacidades.pdf>
- Morentín, R., Arias, B., Rodríguez, J. M., & Verdugo, M. Á. (2006). *El amor en personas con discapacidad intelectual y su repercusión en el bienestar emocional*. Recuperado el 2 de enero de 2014, de Investigación: <http://www.discapacidadonline.com/wp-content/uploads/2012/01/amor-discapacidad-intelectual.pdf>
- Morris, C., & Maisto, A. (2009). *Introducción a la Psicología*. Juárez, México: PEARSON.
- Olmos, P. (enero de 2009). *Empleabilidad y adaptabilidad de los jóvenes con inteligencia límite y sus procesos de integración laboral*. Recuperado el 10 de enero de 2014, de Pedagogía: <http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/41959/Treball%20de%20recerca.pdf?sequence=1>
- Orcasita, L., & Uribe, A. (2010). *La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes*. Recuperado el 12 de 6 de 2015, de Psicología: <http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/182>

- Ramirez, Y. (2006). *Aproximación al concepto de retraso mental leve en Colombia*. Recuperado el 20 de mayo de 2014, de Pedagogía: <http://www.calleb.cult.cu/index.php/pretextos/52-salud/1935-la-sexualidad-en-individuos-con-retraso-mental-mitos-y-tabues>
- Saavedra, M. (2004). *Cómo entender a los adolescentes para educarlos mejor*. (PAX, Ed.) Recuperado el 12 de julio de 2015, de Pedagogía: [https://books.google.com.ec/books?id=wXyu_pCig4gC&pg=PR2&lpg=PR2&dq=Saavedra,+M.+\(2004\).+Como+entender+a+los+adolescentes+para+educarlos+mejor.+M%C3%A9xico+D.F.+editorial+Pax.&source=bl&ots=TYFT6kka_a&sig=7x0hGFo-KKsP5U4RszxOmrLaReA&hl=es&sa=X&ved=0CBwQ6A](https://books.google.com.ec/books?id=wXyu_pCig4gC&pg=PR2&lpg=PR2&dq=Saavedra,+M.+(2004).+Como+entender+a+los+adolescentes+para+educarlos+mejor.+M%C3%A9xico+D.F.+editorial+Pax.&source=bl&ots=TYFT6kka_a&sig=7x0hGFo-KKsP5U4RszxOmrLaReA&hl=es&sa=X&ved=0CBwQ6A)
- Sabeh, N. (septiembre de 2002). *El autoconcepto en niños con necesidades educativas especiales*. Recuperado el 5 de febrero de 2015, de Pedagogía: <file:///C:/Users/Jorge/Downloads/Dialnet-EIAutoconceptoEnNinosConNecesidadesEducativasEspec-498682.pdf>
- Seoane, J. (noviembre de 2005). *Hacia una biografía del Self*. Recuperado el 3 de junio de 2015, de Boletín de Psicología: http://www.uv.es/seoane/publicaciones/Hacia_una_biografia_del_Self.pdf
- Strohmer, D., & Thompson, H. (1995). *Counseling & Psychoterapy With Mental Retardation and Borderline Intelligence*. (D. Strohmer, & H. Thompson, Edits.) Brandon, United States: CPPC.
- Tamayo, S. (15 de junio de 2012). *Concepto de la inteligencia*. Recuperado el 12 de julio de 2015, de Psicología: <http://tesinatamayosilva.blogspot.com/2012/06/jean-piaget-concepto-de-la-inteligencia.html>
- Tiscar, J. (2011). *La autoestima: Relación con el bienestar y su tratameinto*. Recuperado el 10 de septiembre de 2015, de Psicología: <http://docplayer.es/157124-Relacion-con-el-bienestar.html>
- UNICEF. (2002). *Adolescencia una etapa fundamental*. (UNICEF, Ed.) Recuperado el 12 de julio de 2015, de http://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf
- Vedugo, M., & Shalock, R. (2010). *últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual*. Recuperado el 2 de enero de 2014, de Psiquiatría: <http://sid.usal.es/idos/F8/ART18861/236-1%20Verdugo.pdf>
- Velarde, M. (2008). *Teoría de la modificalidad estructuras de Reuven Feurestein*. Recuperado el 4 de julio de 2015, de Revista del instituto de investigaciones educativas: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/educa/article/view/3887>

ANEXOS

INSTRUMENTO

F5 CUESTIONARIO

Nombre y Apellidos:.....Sexo: V - M
Centro:.....Curso:.....
Edad:..... Fecha de aplicación:.....Día - mes - año

AF5

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de frases. Lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste con un valor entre 1 y 99 según su grado de acuerdo con cada frase. Por ejemplo, si una frase dice: "La música ayuda al bienestar humano" y usted muy de acuerdo, contestará con un valor alto, como por ejemplo el 94. Vea como se anota en la hoja de respuestas.

"La música ayuda al bienestar humano".....

9	4
---	---

Por el contrario, si usted muy poco de acuerdo, elegirá un valor bajo, por ejemplo el 9, y lo anotará en la hoja de respuestas de la siguiente manera:

"La música ayuda al bienestar humano".....

0	9
---	---

No olvide que dispone de muchas opciones de respuesta, en concreto puede elegir entre 99 valores, escoja el que más se ajuste a su criterio.

**RECUERDE, CONTESTE CON LA MAXIMA SINCERIDAD
PUEDEN VOLVER LA HOJA Y COMENZAR.**

NOTA: Se han redactado las frases en masculino para facilitar su lectura. Cada persona deberá adaptarse a su propio sexo.

AF5

NOMBRE:

EDAD:

GRADO O NIVEL:

FECHA DE APLICACIÓN:

CONTESTE DE 1 A 99 EN LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES A CADA PREGUNTA.

1.	Hago bien los trabajos escolares (profesionales)			
2.	Hago fácilmente amigos			
3.	Tengo miedo de algunas cosas			
4.	Soy muy criticado en casa	100 -		=
5.	Me cuido físicamente			
6.	Mis superiores (profesores) me consideran un buen trabajador			
7.	Soy una persona amigable			
8.	Muchas cosas me ponen nervioso			
9.	Me siento feliz en casa			
10.	Me buscan para realizar actividades deportivas			
11.	Trabajo mucho en clase (en el trabajo)			
12.	Es difícil para mí hacer amigos	100 -		=
13.	Me asusto con facilidad			
14.	Mi familia está decepcionada de mí	100 -		=
15.	Me considero elegante			
16.	Mis superiores (profesores) me estiman			
17.	Soy una persona alegre			
18.	Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso			
19.	Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas			
20.	Me gusta como soy físicamente			
21.	Soy un buen trabajador (estudiante)			
22.	Me cuesta hablar con desconocidos	100 -		=
23.	Me pongo nervioso cuando me pregunta algo el profesor (superior)			
24.	Mis padres me dan confianza			
25.	Soy bueno haciendo deporte			
26.	Mis profesores me consideran inteligente y trabajador			
27.	Tengo muchos amigos			
28.	Me siento nervioso			
29.	Me siento querido por mis padres			
30.	Soy una persona atractiva			

POR FAVOR COMPRUEBE QUE HA
CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS.



AF5

DIMENSIONES

ACAD.LABORAL
centil

PD

$$1+6+11+16+21+26 = ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___: 60 = ___, ___ ___$$

SOCIAL

$$2+7+12+17+22+27 = ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___: 60 = ___, ___ ___$$

EMOCIONAL

$$3+8+13+18+23+28 = 600 - ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___: 60 = ___, ___ ___$$

FAMILIAR

$$4+9+14+19+24+29 = ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___: 60 = ___, ___ ___$$

FISICO

$$5+10+15+20+25+30 = ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___: 60 = ___, ___ ___$$

AF5

NOMBRE:.....
 EDAD:.....
 GRADO O NIVEL:.....
 FECHA DE APLICACIÓN:.....

DIMENSIONES

ACADÉMICO LABORAL

						PUNTAJE DIRECTO	CENTIL	EQUIVALENCIA				
1	6	11	16	21	26	=	:	60	=			

SOCIAL

2	7	12	17	22	27	=	:	60	=			

EMOCIONAL

3	8	13	18	23	28	=								
						600	-		:	60	=			

FAMILIAR

4	9	14	19	24	29	=						

FÍSICO

5	10	15	20	25	30	=	:	60	=			

AF5

CONTESTE DE 1 A 99 EN LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES A CADA PREGUNTA.

1.	Hago bien los trabajos escolares (profesionales)		4	5	-
2.	Hago fácilmente amigos		3	6	-
3.	Tengo miedo de algunas cosas		4	4	-
4.	Soy muy criticado en casa	100 -	5	0	-
5.	Me cuido físicamente		7	3	-
6.	Mis superiores (profesores) me consideran un buen trabajador		4	6	-
7.	Soy una persona amigable		9	7	-
8.	Muchas cosas me ponen nervioso		3	3	-
9.	Me siento feliz en casa		1	5	-
10.	Me buscan para realizar actividades deportivas		6	6	-
11.	Trabajo mucho en clase (en el trabajo)		5	7	-
12.	Es difícil para mí hacer amigos	100 -	7	8	-
13.	Me asusto con facilidad		8	6	-
14.	Mi familia está decepcionada de mí	100 -	5	5	-
15.	Me considero elegante		6	4	-
16.	Mis superiores (profesores) me estiman		5	6	-
17.	Soy una persona alegre		6	7	-
18.	Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso		7	5	-
19.	Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas		5	8	-
20.	Me gusta como soy físicamente		5	4	-
21.	Soy un buen trabajador (estudiante)		8	8	-
22.	Me cuesta hablar con desconocidos	100 -	1	7	-
23.	Me pongo nervioso cuando me pregunta algo el profesor (superior)		2	2	-
24.	Mis padres me dan confianza		3	2	-
25.	Soy bueno haciendo deporte		4	1	-
26.	Mis profesores me consideran inteligente y trabajador		6	2	-
27.	Tengo muchos amigos		1	6	-
28.	Me siento nervioso		7	7	-
29.	Me siento querido por mis padres		5	9	-
30.	Soy una persona atractiva		9	9	-

POR FAVOR COMPRUEBE QUE HA
CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS.

EQUIVALENCIAS PARA EL DIAGNÓSTICO

100	Sobresaliente
90	MB próximo a Sobresaliente
75	Muy Bueno
70	Bueno próximo a B
60	Bueno +
50	Bueno
40	Bueno próximo a Regular
30	Bueno -
25	Regular
10	Regular próximo a Deficiente
5	Deficiente
1	Deficiente
0	Deficiente

Cuenca, 11 de Junio de 2015

Srta. Psicóloga Andrea Cordero
Coordinadora de la Unidad Educativa República del Ecuador.

De mis consideraciones:

Nosotros Andrea Burbano Sánchez y Jorge Coronel Maurat, estudiantes de la Universidad de Cuenca, de la Facultad de Psicología, ante usted muy respetuosamente ponemos a consideración lo siguiente: Por motivos académicos y profesionales nos vemos en la necesidad de aplicar el test para medir el autoconcepto AF5 a estudiantes con capacidades intelectuales especiales de su prestigiosa institución, por lo cual solicitamos su consentimiento y colaboración para la realización de este requisito importante en nuestra investigación.

En espera de una favorable acogida, reiteramos nuestros agradecimientos, y nuestros sentimientos de consideración hacia usted.


Atentamente
Atentamente



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROTOCOLO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Nombre de los estudiantes: Andrea Estefanía Burbano Sánchez y Jorge Mario Coronel Maurat.

Dirección de correo electrónico: andreaburbanos@ucuenca.edu.ec
Jorge.coronelm77@ucuenca.edu.ec

Número de teléfono fijo: 07 4 199 233 / 07 2 808 400

Número de celular: 0999916733 / 0995735175

1. TEMA:

El Autoconcepto en adolescentes con Discapacidad Intelectual.

2. ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO

Para Ayerra (2013). El autoconcepto es un conjunto de conocimientos desde las esferas (física, emocional, social y académica) que un individuo posee de sí mismo gracias a sus experiencias personales relacionadas con su contexto y que es una variable importante de la personalidad.

Entonces el Autoconcepto al ser parte inherente del psiquismo humano, ha sido motivo de algunos estudios en personas con Discapacidad Intelectual por parte de investigadores los cuales describimos a continuación.

El autoconcepto positivo influye ampliamente en el bienestar y el desarrollo total de los estudiantes en general. Por lo tanto, este aspecto es de valor en el contexto de la educación especial. En este estudio se destaca la importancia del autoconcepto en estudiantes con discapacidad intelectual en Australia (Datta, 2014)

Desde la perspectiva de Jones (2010) en su trabajo titulado: "Factores asociados con el autoconcepto en adolescentes con discapacidad en el desarrollo intelectual" plantea que percibir el yo es esencial para el desarrollo, el propósito de esta investigación fue explorar la auto percepción de adolescentes con discapacidad intelectual, para ello participaron 50 padres de familia y 12 profesores, usando métodos mixtos, como entrevistas, con las cuales identificaron que el 55% sabía acerca de su discapacidad de manera afirmativa. El análisis cuantitativo fue usado para explorar las variables tales como el apoyo de sus padres, y la autodeterminación como posible predictor de valor propio y aceptación social. Los resultados indican que el apoyo familiar y de sus padres es importante para esta población.

Para Sabeh (2002) en su publicación expone consideraciones teóricas acerca del autoconcepto y analiza el resultado que varios factores relacionados al desarrollo de un niño con necesidades intelectuales especiales pueden tener sobre la imagen de sí mismo. La autora concluye en su artículo que los niños con necesidades educativas especiales son predisponentes a desarrollar un autoconcepto negativo y una baja autoestima.

discapacidad intelectual alcanzaban calificaciones inferiores en autoconcepto y autoestima, así como superiores en psicopatologías. (Garaigordobil & Perez, 2007).

Por otra parte, en la Universidad De Georgia en los Estados Unidos, se ha explorado en este campo del Autoconcepto y Discapacidad Intelectual, por lo que es fundamental para este trabajo indicar su labor.

En este estudio se evaluó la relación entre los logros y puntuaciones de inteligencia, y el autoconcepto de los niños con Discapacidad Intelectual Leve. El autoconcepto y los puntajes de inteligencia verbal WISC mostraron relaciones significativas. Es decir que hay relación entre rendimiento académico y calificaciones en el autoconcepto de los evaluados. (Donohue, 2008).

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cómo se encuentra el autoconcepto en estudiantes con Funcionamiento Intelectual Límite y Discapacidad Intelectual Leve?

4. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Describir el Autoconcepto en Adolescentes con Funcionamiento intelectual límite y Discapacidad intelectual leve.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Evaluar mediante cuestionario el autoconcepto en adolescentes con Funcionamiento intelectual límite y Discapacidad intelectual leve.

Explicar el autoconcepto en adolescentes con Funcionamiento intelectual límite y Discapacidad intelectual leve, de acuerdo a los resultados obtenidos y a las teorías que respaldan el marco conceptual.

5. JUSTIFICACIÓN:

La primera motivación para este estudio es por cuestiones personales y familiares.

Las capacidades intelectuales especiales como se denomina en nuestro marco jurídico ecuatoriano, no hacen mención específica de investigaciones acerca del autoconcepto en estos dos grupos vulnerables dentro del Funcionamiento Intelectual Límite (FIL) Y Discapacidad Intelectual Leve (DIL)

Al realizar el presente documento, se pretende ser semillero para futuras investigaciones en este campo de la Discapacidad Intelectual, lo cual servirá para aportar al conocimiento en este fenómeno de la realidad en nuestra sociedad o contexto.

6. MARCO TEÓRICO

Para empezar este estudio se definirá las variables que intervendrán en este documento, por lo cual se comenzará por mencionar aproximaciones teóricas acerca del autoconcepto.

Para Ayerra (2013) El autoconcepto es un cúmulo de percepciones desde las esferas (física, emocional, social y académica) que una persona tiene de sí mismo por sus experiencias personales en relación con su ambiente y que es una parte significativa de la personalidad.

Como se puede observar en esta aproximación teórica, el autoconcepto es multidimensional, por lo tanto se ha escogido como instrumento de medición el Test de Autoconcepto AF5, el cual evalúa 5 dimensiones cognitivas y emocionales, tales como: El autoconcepto Laboral/ académico, Social, Emocional, Familiar y Físico.

Stevens (citado por Musitu & García, 2014). Manifiesta que en las últimas décadas se ha venido dando importancia al autoconcepto en el bienestar psicosocial desde diferentes

espacios de la Psicología, también la psicología cognitiva Bracken Frías, Mestre, y Del Barrio (citados por Musitu & García, 2014) han aportado a conceder al autoconcepto un lugar central en el amplio espectro de los procesos psicosociales.

Como segundo punto se presentará definiciones con respecto a la discapacidad intelectual, comenzando por el marco jurídico ecuatoriano: La Persona con discapacidad se considera a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida su capacidad biológica psicológica y asociativa, para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria en la proporción que establezca el Reglamento (Ley Orgánica de Discapacidades del Ecuador, 2012). También se manifestará un acercamiento desde la perspectiva de la American Association on Intellectual and Developmental Disabilities AAIDD (2010) quienes nos proporcionan una definición operativa acerca de Discapacidad Intelectual que se caracteriza por restricciones significativas tanto en lo intelectual, como en la adaptación, como en las habilidades sociales y prácticas, las cuales aparecerán antes de los 18 años de edad.

Dentro de la Discapacidad Intelectual, se describirá a dos tipos de estos Trastornos del Neurodesarrollo, 1) la Discapacidad Intelectual Leve (DIL) 2) al Funcionamiento Intelectual Límite - Inteligencia Limitrofe o Borderline Intelligence (FIL)

Discapacidad Intelectual Leve.- La Discapacidad Intelectual Leve (CI: 50-55 A 70). Está alrededor del 85% de personas con Discapacidad Intelectual. Quienes tienen DI leve, pueden ganar habilidades sociales y comunicativas, y además esta peculiaridad de Discapacidad suele identificarse luego de los 5 primeros años de edad del individuo, pero requieren supervisión en áreas más complicadas, y necesitan entrenamiento para lograr una vida autónoma, útil y agradable. (Artigas, Parrales & Narbona, 2011).

Funcionamiento Intelectual Límite.- Es más que una condición de salud que solicita atención social/sanitaria, educativa y jurídica específica, se caracteriza por limitaciones intelectuales diversas que se vinculan a un Cociente Intelectual (CI) entre los puntajes 71 y 85; y que evidencian carencias en el diario vivir de la persona tanto en el desarrollo de sus actividades personales y sociales. (Carulla, Ruiz & Nadal, 2011)

En La Rioja, comunidad autónoma de España, se ha visto la necesidad de investigar acerca del autoconcepto en estudiantes con Discapacidad intelectual, por lo cual es menester de esta investigación citar a Lozano (2004) cuyo objetivo es:

Conocer el Autoconcepto de estudiantes con discapacidad intelectual en La Rioja. Desde la perspectiva cognitivo-constructivista, se compone de un modelo multidimensional. *Paralelamente se dispone del Cuestionario de Autoestima AF5 (García y Musitu, 1999)*, La muestra está formada por 150 participantes (87 hombres y 63 mujeres), cuyas edades oscilan entre los 13 y 21 años, estudiantes de 26 Centros de Secundaria de la Rioja con discapacidad intelectual ligero y moderado. Los resultados obtenidos describen los (5 factores) propuestos por los autores del Cuestionario (García y Musitu, 1999), y muestran una distribución normal en la mayoría de las puntuaciones de los cinco factores.

En la provincia de Vizcaya, en la Universidad del País Vasco, también se ha estudiado el tema del autoconcepto en personas con Discapacidad Intelectual:

El estudio tuvo dos objetivos:

- a) Analizar el autoconcepto y otros conceptos tales como la autoestima y algunos síntomas psicopatológicos.
- b) Estudiar la diferencia de géneros con respecto a la autoestima, autoconcepto y psicopatología.

La muestra está estructurada con 170 colaboradores de 19 a 40 años. 128 sin discapacidad y 42 con Discapacidad Intelectual, con un método descriptivo.

Para esta investigación se usó el "Listado de cualidades para la evaluación del autoconcepto en adolescentes y adultos" (LAEA; Garaigordobil, en prensa), la Escala de Autoestima de Rosenberg (EA; Rosenberg, 1965), y el Listado de Síntomas-90-Revisado (SCL-90-R; Derogatis, 1983). Los resultados del ANOVA evidencian que las personas con

Cabe añadir la pregunta ¿Qué se sabe acerca de las personas con Inteligencia Límite? “Quienes poseen Inteligencia o capacidad limitrofe, presentan a menudo, dificultades en el ámbito de la salud, escolaridad, habilidades sociales y laborales, qué hacen necesarios apoyos intermitentes durante toda su vida” (Frontera & Gómez 2013, p.10).

Por otra parte la Asociación en Línea (2013) describe las características generales de la población con inteligencia límite, las cuales son: No poseen rasgos físicos aparentes que denote su discapacidad, existe un desajuste entre edad mental y cronológica, carecen de iniciativa y razonamiento para desenvolverse en la vida cotidiana, no tienen autonomía, tienen poca destreza para tomar de decisiones y resolver problemas, dificultad en la adaptación a eventos nuevos, conflictos académicos, inconvenientes al relacionarse con otras personas, complicaciones en la organización de su tiempo libre, baja autoestima y frustración frente a fracasos.

Luego de definir las Discapacidades Intelectuales FIL Y DIL desde las perspectivas Gubernamentales del Ecuador, desde los sistemas de salud internacional y desde una conceptualización formal de estos Trastornos del Neurodesarrollo, es menester hacerse la pregunta ¿Cómo se encuentra el interés científico y social en este campo?

Según Córdoba, Restrepo, Tamayo, Peña & Verdugo (2010) La preocupación por parte de familiares y de la sociedad con respecto a la salud psicológica y emocional en la Discapacidad Intelectual es nueva, ya sea por la falta de convenio al determinar el nombre clínico de este fenómeno de la realidad, y/o por la dificultad al momento de hacer un diagnóstico por el déficit intelectual en esta población, ha impedido de cierta manera el desarrollo del bienestar en este grupo vulnerable.. También es nuevo el interés por la comorbilidad con otros trastornos mentales asociados en estas personas.

Además (Verdugo & Shalock, 2010) explican razones por las cuales los términos retraso mental o subnormalidad ya no se usan actualmente, pues la nosología de *discapacidad intelectual* se ajusta mejor a estas personas con ciertas características orgánicas, funcionales y sociales. Además trazan la idea de que es menos ofensivo que los términos anteriores, pues al hablar de discapacidad intelectual concuerda más con intereses

científicos ya que permite la búsqueda y comprensión de la identidad de discapacidad desde la autoestima, el bienestar subjetivo, el orgullo, etc.

Así también Olmos (2009) se refiere a la discapacidad como identidad y condición de vida de cada persona, manifiesta que los adjetivos peyorativos segregadores son innumerables, ya que anulan la condición de respeto de estos seres humanos, por eso mira la importancia de definir a este grupo vulnerable como identidad, pues en todas las sociedades todos poseemos características únicas y también potencialidades y el grupo de la discapacidad no es la excepción.

Una vez descrito los conceptos de las variables que intervienen en este estudio, cabe resaltar y poner como ejemplo un estudio realizado al sur de Australia, dicha investigación se refiere al autoconcepto positivo como una variable de gran importancia que influye en el bienestar y el desarrollo total de jóvenes estudiantes. Por lo dicho, este aspecto es de vital importancia en el contexto de la educación especial (Datta, 2014).

Entonces, como se puede concluir, esta investigación involucra las variables que corresponden a este documento, por lo que, adjunto a este marco teórico, se une al estado del arte el instrumento de medición de Autoconcepto AF5, para el sustento teórico y técnico.

7. METODOLOGÍA

La metodología es cuantitativa.

8. ALCANCE

El alcance de este estudio es descriptivo.

9. PARTICIPANTES

Los participantes serán: Adolescentes con Discapacidad Intelectual Leve y Límitrofe, que cumplan con los criterios de inclusión.

10. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Criterios de inclusión

Tener el diagnóstico de Inteligencia límite y de Discapacidad Intelectual Leve, o carné de Capacidad Especial indicando la figura nosológica o porcentaje de Discapacidad emitida por el CONADIS u otra entidad pública o privada con la facultad de certificar legalmente el cuadro clínico correspondiente.

Firmar un acuerdo de convenio con los padres o cuidadores de nuestros participantes, y con las autoridades del plantel donde estudian los participantes.

Tener la edad entre 12 a 23 años

Criterios de exclusión

No Tener diagnóstico o carné de Discapacidad Intelectual Leve o Límite.

No haber obtenido el consentimiento de los padres de familia de los participantes.

Estar fuera del rango de edad requerido y planteado para realizar este estudio.

Presentar diagnósticos acerca de otros Trastornos del Neurodesarrollo o Esquizofrenia.

11. INSTRUMENTAL PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El *Autoconcepto Forma 5 (AF-5)* es un cuestionario de fácil aplicación, corrección e interpretación compuesto por 30 elementos que evalúan el **autoconcepto** de la persona evaluada en sus vertientes **sócial, académica/profesional, emocional, familiar y física**. Proporciona puntuaciones de cada una de estas vertientes, permitiendo una completa medida de estos aspectos clave para el correcto desarrollo y bienestar de la persona. —

Esta nueva edición dispone de completas adaptaciones al **euskera** y al **atalán** con valiosa información sobre su funcionamiento, fiabilidad y validez en estas lenguas.

Adicionalmente, se ha llevado a cabo una revisión del manual con el objetivo de actualizar el manual e incluir datos sobre los estudios más recientes en los que se ha utilizado el AF-5.

Descripción del Instrumento: Autoconcepto Forma 5 (AF-5)

Autores: García, F. Musito, G.

Tipificación: García, F. Musito, G.

Administración: Individual y/o Colectiva

Duración: 15 minutos aproximadamente incluyendo aplicación y corrección.

Áreas que explora:

Autoconcepto laboral y Académico: Descripción de su rol como estudiante o trabajador.

Autoconcepto social: Se refiere a la percepción del sujeto en su desempeño social.

Autoconcepto Emocional: Describe a su estado emocional, y respuestas en situaciones específicas.

Autoconcepto Familiar: La implicación, participación, y compromiso dentro de su familia.

Autoconcepto Físico: Percepción de su aspecto y condición física.

12. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos serán recogidos mediante la aplicación del AF-5, y su tabulación respectiva con el programa estadístico SPSS.

13. REFERENCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2014) *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V* tm. Barcelona, España: Masson.

AMERICAN ASSOCIATION OF INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES (2011). *Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Recuperado el 12/sep./2014. Disponible en: <http://sid.usal.es/>

AMERICAN ASSOCIATION OF INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES (2012) *Factors Associated with self-concept: Adolescents with intellectual and development disabilities share their perspectives*. Vol. 50, No. 1, pp. 31-40. Recuperado el 12/09/2014. Disponible en: <http://www.aaidjournals.org/doi/abs/10.1352/1934-9556-50.1.31>

Artigas, J. Narbona, J. (2011) *Trastornos del neurodesarrollo*. Navarra, España: Viguera.

Artigas, J. (2013) Funcionamiento Intelectual Límite. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Vol. 6, núm. (3) Recuperado el 13 de septiembre del 2014. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-psiquiatria-salud-mental--286/funcionamiento-intelectual-limite-guia-consenso-buenas-practicas-90207723-originales-2013>

ASOCIACIÓN EN LÍNEA (2013) Guía técnica educativa/Inteligencia límite. Vol. 1 Madrid. Asociación en Línea. Recuperado el 15 de septiembre del 2014. Disponible en: http://issuu.com/asociacionadisli/docs/gu_a_t_cnica_02._educativa?e=8160368/4944534

Ayerra, S. (2013) Autoconcepto y Autoestima: *Factores determinantes para el logro del bienestar personal en la educación positiva*. UPNA. España, Navarra. Recuperado el 18/Oct/14. Disponible en:

<http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/8106/TFG%20FINAL.pdf?sequence=1>

Berjano, E. (2010). *Discapacidad intelectual y envejecimiento: Un problema social del siglo XXI*. Madrid, España: FEAPS. Recuperado el 8/enero/2014. Disponible en: <http://www.feaps.org>.

Caricote, E. (2012) La sexualidad en la discapacidad intelectual. *Redalyc*. Vol. 16, (55). Recuperado el 2 de Enero del 2014. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/356/35626140020.pdf>

Carulla, S. Ruiz, M & Nadal, M. (2011). *Manual de consenso sobre Funcionamiento Intelectual Límite* (FIL). Madrid, España. Fundación Equitas. Recuperado el 5 / abril/ 2014. Disponible en: <http://www.fundacionmontemadrid.es/>

Córdoba, L. Restrepo, A. Tamayo & J. Peña, M. (2010) Variables Personales, Familiares Y Sociales Asociados a Comorbilidad entre Retraso Mental Y trastornos Mentales en Adultos. *Redalyc, Hacia la promoción de la salud*, vol 15, (1). Recuperado el 12 de septiembre del 2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/>

Data, P. (2014) *Students with Intellectual Disabilities/Insights, Implications and Recommendations*. Australia, Singapore. Springer

Donohue, D. (2008) *Self.concept in childrens with Intellectual disabilities*. Universidad de Georgia, USA. Recuperado el 17 de enero del 20014. Disponible en :http://scholarworks.gsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1045&context=psych_theses

Douglas, C. & Thompson, H. (1994) *Counseling and Psychotherapy with Persons with Mental Retardation and Borderline Intelligence*. Vt. Hardcover.

Frontera, M. & Gómez, C. (2013). *Inteligencia Límite. Perfil, necesidades, recursos y propuesta para mejora*. Universidad de Zaragoza, Madrid, España. Recuperado el 28 /dic/2013. Disponible en: <Http://www.obrasocialcajamadrid.es>

Giménez & M. Inglés, J. (2012). Inteligencia Límite, un colectivo en la tierra de nadie. *Invisibles*. Recuperado el 5/enero/2014. Disponible en: <http://www.revistainvisibles.wordpress.com>

Garaigordobil, M. & Perez, JL (2007) Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms in persons with intellectual disability. *The Spanish journal of psychology PubliMed. gov*. May; vol 10 (1):141-50. Universidad del País Vasco. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17549887>

García, J. Felio, T. Usón, M. Ródenas A. Aguilera, F. & Ramo, R. (Reus) (2009) Trastornos Invisibles. *Revista española sobre discapacidad intelectual*, vol. 40 (2). Num 230. Recuperado el 12 de septiembre del 2014. Disponible en: http://sid.usal.es/idos/F8/ART13167/garcia_ibanez

Hervas, G. (2009). *Psicología Positiva (Una Introducción)*. Madrid, España. Universidad Complutense. Facultad de Psicología. Recuperado el 18/Oct/ 2014/ Disponible en: http://aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1258587094.pdf

Ley Orgánica de Discapacidades del Ecuador, (2012) Registro Oficial. Recuperado el 2 / oct/ 2014. Disponible en: <http://aceproject.org>

Lozano, R. (2004) Autoconcepto y retraso mental en la Rioja. Recuperado el 17 de enero del 2015: Disponible en: Dialnet.net.

Madrigales, C., (2012). Autoconcepto en adolescentes de 14 a 18 años. (Tesis de pregrado). Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Recuperado el 20/04/2012. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/Madrigales-Ceily.pdf>

Moretín, E. Arias, Rodríguez B, Verdugo, M. (2012). El amor en personas con discapacidad intelectual y su repercusión en el bienestar emocional. *Revista Española de*

Discapacidad Intelectual, vol.37. SID. Recuperado el 02/enero/14. Disponible en: [Http://www. http://riberdis.cedd.net](http://www.riberdis.cedd.net)

Morris, G. y Maisto, A (2009) *Psicología*. Naucalpan Juárez, México. PEARSON.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DIVISIÓN DE EDUCACIÓN GENERAL (2013). Orientaciones técnicas para la evaluación diagnóstica de estudiantes con necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad intelectual. Chile.
Recuperado el 25 de septiembre/ 2014. Disponible en: <http://www.mineduc.cl>

Olmos, P. (2009). *Empleabilidad y adaptabilidad de los jóvenes con inteligencia límite y sus procesos de integración laboral*. Tesis de Doctorado; UAB, Barcelona, España.
Recuperado el 10/enero/2014. Disponible en: www.recercat.net

OMS. (2007) ¿Qué es la salud mental? Recuperado el 18/octubre/14. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/62/es/>

Pascual, R (2006) *Fundamentos de la comunicación humana*. Alicante, España. Club universitario. Recuperado el 20/05/2015. Disponible en: <https://books.google.com.ec>

Ramírez, A. (2006) *Aproximación al concepto de retraso mental leve en Colombia*. UPB, Facultad de Educación. Colombia, Medellín. Recuperado el 20/mayo/2014. Disponible en: <http://cav.upb.edu.co/banco/sites/default/files/files/TESISretrasomentalleve.pdf>

Ramírez, Y. (2013). La sexualidad en individuos con retraso mental, mitos y tabúes. *Revista Cultural B*. Recuperado el 5/enero/2014. Disponible en: [Http://www.calleb.cult.cu](http://www.calleb.cult.cu)

Rodriguez, A. (2009). Autoconcepto físico y bienestar/malestar psicológico en la adolescencia. *Redalyc*. Vol 14. Recuperado el 12/ septiembre/2014. Disponible en: www.redalyc.org

Shavelson, R. Hubner, J. y Stanton, J. (1976). Self concept: Validation of construct interpretation. *Review of Educational Research*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia: Recuperado el 28/marzo/2015. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=814990>

Verdugo, M. & Shalock, R. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Revista Española de Discapacidad Intelectual*, vol.41. SID. Recuperado el 02/enero/14. Disponible en: [Http// www. http://riberdis.cedd.net](http://www.riberdis.cedd.net)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). The case for change. Romania. Recuperado el 12/09/2015. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/126408/e94421.pdf